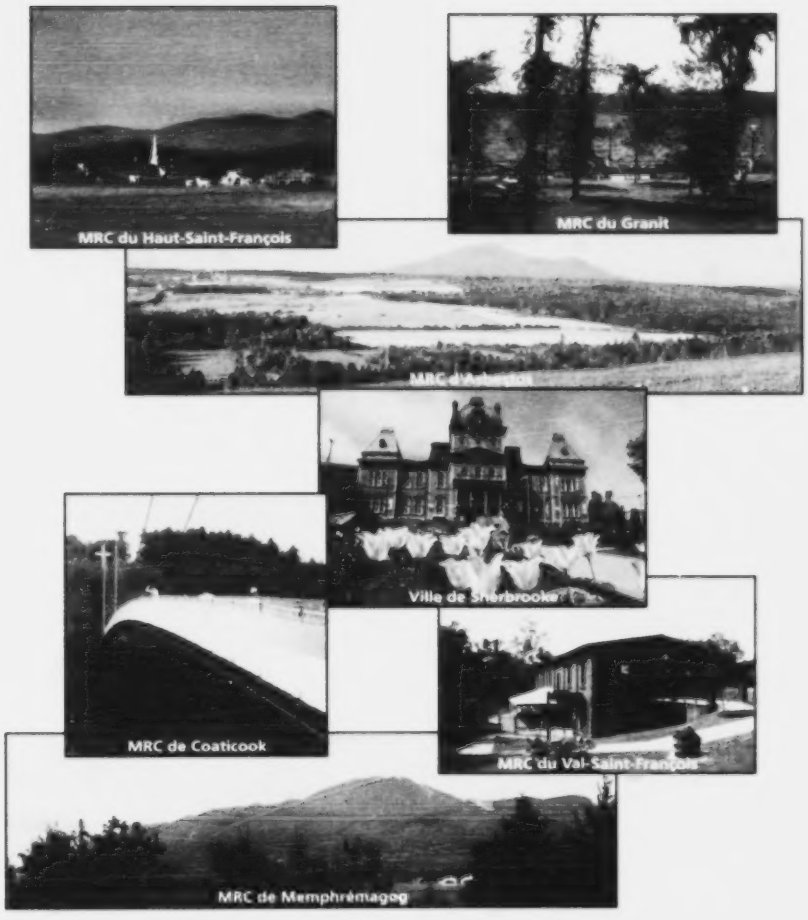
Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec

Rapport annuel de gestion
2005-2006



ESTRIE

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

Rapport annuel de gestion
2005-2006

Adopté par le conseil d'administration
Le 25 octobre 2006

Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Rédaction
Toutes les directions de l'Agence

Graphisme de la page couverture
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Révision des textes, mise en page et correction
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Diffusion
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Dépôt légal
ISBN 2-921776-43-X
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines de l'Agence, au numéro suivant : 819 566-7861, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca/agence.

Table des matières

Avant-propos ..... **iii**

1. Le message du président-directeur général 1

2. La déclaration sur la fiabilité des données 3

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence 5

3.1 La mission 5
3.2 Le territoire couvert et sa population 5
3.3 Le plan d'organisation 5
3.4 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 6
3.5 Les organismes communautaires 6
3.6 Le conseil d'administration 7
3.7 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 7
3.8 Le Forum de la population 8
3.9 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 8
3.10 La Commission médicale régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 10
3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 11
3.12 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités 13

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région 17

4.1 Le programme-services « Santé publique » 17
4.2 Le programme-services « Services généraux » – activités cliniques et d'aide 31
4.3 Le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » 34
4.4 Le programme-services « Déficience physique » 38
4.5 Le programme-services « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement » 40
4.6 Le programme-services « Jeunes en difficulté » 44
4.7 Le programme-services « Dépendances » 47
4.8 Le programme-services « Santé mentale » 49
4.9 Le programme-services « Santé physique » 51
4.10 Le Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés 58
4.11 La gestion des bâtiments 59
4.12 Les affaires médicales 60
4.13 L'accès aux services 61

4.14 Les ressources humaines 61
4.14.1 La planification régionale de la main-d'oeuvre 61
4.14.2 Le développement régional des ressources humaines 63

4.15 La qualité des services et la gestion des risques 65
4.15.1 La protection des droits des usagers et des usagères 65
4.15.2 La qualité des services 66
4.15.3 La gestion des risques 66
4.15.4 Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques 69

5. Les organismes communautaires 71

5.1 Le respect des règles et des normes de gestion 71
5.2 Le contrôle de la conformité 71
5.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités 71

6. Les données financières 73

6.1 Le rapport de la direction 73

6.2 Les états financiers de l'Agence 74
6.2.1 Les états des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 75
6.2.2 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 .. 75
6.2.3 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2006 76
6.2.4 Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2006 76
6.2.5 L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 .. 77
6.2.6 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2006 78
6.2.7 Les notes aux états financiers 78

6.3 Les allocations des ressources financières aux établissements 84
6.3.1 Les allocations 2005-2006 84
6.3.2 Les autorisations d'emprunt 85
6.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire 85

6.4 L'allocation des ressources financières aux organismes communautaires 86

Les annexes

Annexe 1 - L'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2006

Annexe 2 - Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Avant-propos

En vertu des articles 385.7, 385.8 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le rapport annuel d'une agence doit contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire. Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence) pour 2005-2006 veut donc répondre aux exigences de la loi et du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère) quant à l'information que celui-ci doit obtenir, conformément à la circulaire 2006-012.

Enfin, le conseil d'administration de l'Agence tient à souligner la collaboration étroite et soutenue du personnel de l'Agence ainsi que celle des établissements et des organismes communautaires, au maintien et à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population estrienne.

1. Le message du président-directeur général

Cette année, en plus de coordonner des travaux prioritaires avec le réseau des établissements, l'Agence a réalisé une démarche afin de revoir et d'ajuster sa structure organisationnelle en fonction de l'ensemble des mandats, des rôles et des responsabilités qui lui sont confiés avec l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment :

- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services;
- élaborer un plan stratégique pluriannuel;
- élaborer des plans régionaux en matière de planification de la main-d'œuvre et de développement des ressources humaines;
- soutenir les établissements et intervenir pour favoriser la conclusion d'ententes.

Afin de réaliser sa mission, l'Agence a poursuivi l'opération « Projets cliniques », opération amorcée par le Ministère à l'automne 2004. Celle-ci s'appuie sur les éléments suivants :

- un plan d'action convenu entre l'Agence, les établissements et les organismes communautaires;
- un financement pour une période de deux ans;
- des ressources dédiées à la mise en place du projet clinique dans chacune des instances locales;
- des ressources également chez les partenaires régionaux, soit le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, les centres de réadaptation et le Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie.

À l'automne 2005, l'Agence a fait connaître ses orientations pour les programmes-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » et « Services généraux ». Dès lors, sous la coordination des centres de santé et de services sociaux, les travaux d'élaboration de ces deux programmes-services ont débuté, réunissant, sur une base locale, tous les acteurs, tant locaux que régionaux, concernés par l'élaboration d'une nouvelle offre de service pour la clientèle de ces programmes et la population de chacune des sept MRC de l'Estrie. À la fin mars 2006, la plupart des centres de santé et de services sociaux avaient complété leurs travaux pour le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » et comptaient avoir complété celui des « Service généraux » avant l'été 2006. Les travaux pour les autres programmes-services sont prévus pour 2006-2007.

De plus, afin de faciliter et de soutenir la mise en place des réseaux locaux de services, l'Agence a élaboré un projet prioritaire d'informatisation afin de rendre disponible à 7 000 travailleurs des établissements de l'Estrie un dossier clinique partagé pour les volets de l'imagerie médicale, des laboratoires, de l'histoire psychosociale, des demandes de services et des registres de vaccination.

Aussi, l'année 2005-2006 a vu progresser, de façon significative, les projets majeurs en immobilisations dans la région. En effet, le projet d'agrandissement et de rénovation de l'Hôpital Hôtel-Dieu du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a été autorisé pour la phase de réalisation avec un budget de 112 273 000 $. Les travaux préliminaires à l'appel d'offres sont en voie d'être terminés et la construction devrait débuter à l'automne 2006. Pour sa part, le projet d'agrandissement du Pavillon Argyll du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke a franchi les mêmes étapes avec un budget de 20 171 000 $. Les travaux sont en cours. Le projet d'agrandissement et de rénovation du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog a dû être révisé afin de mieux répondre aux besoins de la population. Ainsi, les travaux visant à offrir des services d'hémodialyse à Magog ont été complétés au 31 mars 2006, alors que la majeure partie du projet d'agrandissement, dont le budget a été rehaussé à un peu plus de 29 000 000 $, chemine normalement. Nous sommes très satisfaits de l'évolution de ces projets majeurs puisqu'ils permettront de mieux répondre aux besoins des clientèles.

Comme toutes les régions du Québec, l'Estrie a travaillé cette année en priorité au dossier des mesures d'urgence afin de lutter contre une éventuelle pandémie d'influenza. L'Agence a tout d'abord préparé le Plan régional de sécurité civile – Mission santé ainsi qu'un plan local pour l'Agence. Cette opération a été suivie par l'élaboration du Plan régional de lutte contre une pandémie d'influenza – Mission santé et d'un processus de diffusion auprès des partenaires régionaux.

Enfin, comme la performance de l'Estrie nous tient particulièrement à cœur, le suivi rigoureux de l'entente de gestion entre le Ministère et l'Agence nous permet d'afficher une amélioration des services dans plusieurs champs d'activités, dont le maintien à domicile, les services d'hébergement, les services spécialisés pour les clientèles avec un trouble envahissant du développement, une déficience physique, en santé mentale et les jeunes en difficulté. Les services des urgences, en terme de délais, se sont aussi améliorés au cours de la dernière année. Quant au secteur de la chirurgie, les cibles fixées sont atteintes. L'ensemble des acteurs du réseau collaborant à ces améliorations peuvent être fiers des résultats obtenus, tout en maintenant le cap sur l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la continuité des services aux Estriens et aux Estriennes.

Ce message résume le travail accompli pour l'année 2005-2006.

De façon plus spécifique, vous trouverez dans ce rapport un compte rendu détaillé des mesures adoptées par le conseil d'administration et des projets réalisés par les différents services de l'Agence. Chacun des chapitres commence par les faits saillants de l'année. Les réalisations ont été nombreuses et à la hauteur des objectifs fixés en début d'année. Notre région a toujours été à l'avant-garde pour innover dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous désirons remercier tous les partenaires (administrateurs et administratrices, cadres, personnel et bénévoles) des établissements, des organismes communautaires et des autres secteurs tels le municipal, l'éducation, la justice et le secteur socioéconomique, qui se sont associés avec nous pour améliorer l'organisation des services.

Un merci tout particulier au personnel de l'Agence et aux membres du conseil d'administration pour la tâche de concertation et d'arbitrage qu'ils acceptent d'assumer pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

2. La déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2005-2006 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence

3.1 La mission

L'Agence a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins. Conformément à la loi, l'Agence vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires. Elle a notamment pour mission de mettre en place, sur son territoire, en collaboration avec les centres de santé et de services sociaux, les établissements régionaux, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés, une organisation des services de santé et des services sociaux intégrés.

Dans l'accomplissement de sa mission, l'Agence met de l'avant les valeurs suivantes :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

3.2 Le territoire couvert et sa population

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 104 km^2 divisé en six MRC et le territoire de la ville de Sherbrooke. Il dessert une population de 302 901 personnes, sans compter une clientèle hors région qui requiert des ressources correspondant à près de 12 % des hospitalisations effectuées annuellement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MRC ou territoire	Population 2006*	Superficie (km^2)
MRC d'Asbestos	14 158	777,35
MRC de Coaticook	18 770	1 331,83
MRC du Granit	22 396	2 731,80
MRC du Haut-Saint-François	22 001	2 193,57
MRC du Val-Saint-François	29 091	1 380,41
MRC de Memphrémagog	45 949	1 323,20
Ville de Sherbrooke	150 536	366,00

* La population pour l'année 2006 est évaluée selon les projections réalisées par l'Institut de la statistique du Québec.

3.3 Le plan d'organisation

Le 24 novembre 2005, le conseil d'administration a entériné le nouveau plan d'organisation de l'Agence. Ce plan fait suite à l'entrée en vigueur de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé les services sociaux et au départ de deux directeurs.

La Direction générale adjointe et la Direction des ressources humaines et des communications ont été abolies et une nouvelle direction a été créée, soit la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines. Les ressources

informationnelles internes et le Technocentre régional ont été transférés à la Direction des ressources financières et matérielles qui prend le nom de Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles.

Plusieurs postes découlant de la restructuration des mandats et du nouveau plan d'organisation ont été créés ou réaffichés dans les différentes directions.

Les cadres

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement**
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(stabilité d'emploi)
7	1	.07	7.07	0

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*

Les employés réguliers

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(sécurité d'emploi)
111	6	3.7	114.7	1

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*

Les employés occasionnels

Nombre d'heures rémunérées	Nombre de postes équivalents temps complet
59 466.79	33

3.4 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux

Au 31 mars 2006, la population estrienne était desservie par 21 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
Centres de santé et de services sociaux (CLSC-CHSLD)	3	
Centres de santé et de services sociaux (CLSC-CH-CHSLD)	4	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		7
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centres de réadaptation :		
• santé mentale et toxicomanie	1	
• déficience intellectuelle	2	
• handicapés physiques	1	
• mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier universitaire	1	

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

3.5 Les organismes communautaires

Les 124 organismes financés se sont partagés la somme totale de 11 971 809 $. Le montant alloué aux organismes de promotion et de services à la communauté a été de 9 628 026 $ alors que les organismes de maintien à domicile se sont vu allouer 2 343 783 $ en 2005-2006. On retrouve, au point 6.4, la liste complète des allocations relatives au Programme de soutien aux organismes communautaires.

3.6 Le conseil d'administration

Au 31 mars 2006, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes nommées par le ministre de la Santé et des Services sociaux :

Mandats de deux ans

- M. Jasmin Audet, Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie
- M. Pierre Gendron, milieu syndical
- Mme Danielle Lareau, Commission infirmière régionale de l'Estrie
- M. Denis Paré, **président**, établissements autres que CSSS et CHSLD
- M. Alex G. Potter, CSSS ou CHSLD
- M. Marc Quessy, comités des usagers des établissements

Mandats de trois ans

- M. Gérald Badger, organismes socioéconomiques
- Mme Madeleine Bélanger, membre coopté
- Mme Suzanne Boulanger, membre coopté
- Mme Lynne Desmarais, universités
- Mme Lise Drouin-Paquette, **vice-présidente**, organismes socioéconomiques
- Mme Louise Lévesque, organismes communautaires
- Mme Yolande Nantel, secteur public de l'enseignement
- Mme Lynda B. Provencher, membre coopté

- Mme Louise Baril, Commission médicale régionale de l'Estrie (membre jusqu'à ce que la Table des chefs de départements de médecine spécialisée soit créée et que cette table ainsi que le Département régional de médecine générale procèdent à la désignation de leurs représentants)

- M. Michel Baron, **secrétaire** et président-directeur général

3.7 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs porte principalement sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration. De plus, les règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs et le traitement des situations de conflits d'intérêts y sont abordés.

Le code énonce aussi les règles relatives aux assemblées du conseil d'administration, à la confidentialité et aux conflits d'intérêts. Il traite aussi de l'interdiction des pratiques reliées à la rémunération et des obligations des administrateurs après la cessation de leurs fonctions.

Le conseil d'administration a procédé, en mai 2002, à la révision du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, principalement en ce qui touche les activités politiques des administrateurs et des dirigeants d'organismes publics.

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence doit rendre son code accessible au public et le publier dans son rapport annuel. Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs est reproduit à l'annexe 2.

Pour l'année 2005-2006, aucun manquement à ce code n'a été signalé.

3.8 Le Forum de la population

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de la santé et du bien-être. Il doit également formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de ces services. De plus, le Forum doit être consulté sur le Plan stratégique triennal d'organisation de services et sur le Plan régional de santé publique.

Au 31 mars 2006, le Forum de la population était composé des personnes suivantes :

- M. Georges Allard
- Mme Louise Bonin
- M. Marc Bureau
- M. Antoine Doyon
- Mme Jocelyne Godbout
- Mme Lucienne Gravel
- Mme Huguette Jarret
- Mme Gabrielle Jung
- Mme Heather Keith
- Mme Michèle Lavoie, **vice-présidente**
- Mme France Lemaire
- Mme Ghislaine Ouellette
- M. André Paradis
- M. Marcel Samson, **président**
- Mme Nancy St-Pierre

Les réalisations

En 2005-2006, le Forum de la population ne s'est pas réuni. Le 10 décembre 2004, le ministre de la Santé et des Services sociaux déposait un projet de loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux dans lequel était prévu l'abolition des forums de la population. La Commission des affaires sociales, chargée d'en faire l'étude, a proposé certaines modifications. C'est ainsi que le projet de loi sanctionné le 30 novembre 2005 maintenait en vigueur les articles relatifs au Forum de la population.

L'Agence est à mettre en place le nouveau Forum suite à une entente avec la Conférence régionale des élus de l'Estrie.

3.9 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2006, la Commission infirmière régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2007

Mme Josée Bernier	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos
Mme Nicole Bolduc	Représentante du Programme universitaire de sciences infirmières Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme Linda Dieleman, **secrétaire**	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence (en remplacement de Mme Nathalie Léonard à compter du 14 mars 2006)

Mme Joanne Faucher	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme France Lacroix	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Collège de Sherbrooke
Mme Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Mme Marie Trousdell, **présidente**	Gestionnaire des soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Pierrette Couture	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Mme Hélène Doyon	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Mme Danielle Lareau, **vice-présidente**	Gestionnaire de soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Poste vacant	Infirmière praticienne

Membres votants – mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2008

Mme Louise Nadeau	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2006

Mme Lynda Périgny	Directrice de l'organisation des services Agence (en remplacement de Mme Johanne Turgeon à compter du 14 mars 2006)
Mme Denyse Vincent	Infirmière Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Louise Gagnon	Infirmière Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François

M. Alain Gagné	Infirmier Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook

La Commission infirmière régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières, d'infirmiers et d'infirmières auxiliaires représentant différents milieux de pratique et des établissements de la région.

Au cours de l'année 2005-2006, soit sa cinquième année de fonctionnement, la Commission infirmière a tenu six assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- le suivi du Plan d'action sur la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers et pour le personnel d'encadrement clinique;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement »;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services « Services généraux »;
- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler;
- la révision du Règlement concernant les modalités de désignation des membres et les règles de régie interne de la Commission infirmière régionale de l'Estrie.

3.10 La Commission médicale régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2006, la Commission médicale régionale de l'Estrie se composait des personnes suivantes :

Membres votants

M. Éric Anctil	Médecin spécialiste, CHUS
M. Yves Arcand	Médecin omnipraticien
Mme Louise Baril	Médecin omnipraticien
M. Serge Béliveau, **vice-président**	Médecin omnipraticien
M. André Carpentier	Médecin spécialiste, CHUS
M. Pierre Cossette	Médecin spécialiste, CHUS
M. Paul Farand	Médecin résident, CHUS
M. Claude Hémond	Médecin omnipraticien
M. Michel Nguyen, **président**	Médecin spécialiste, CHUS
M. Gérard Schmutz	Médecin spécialiste, CHUS
Mme Allyson Simms	Médecin omnipraticien

Membre observateur

M. Denis Deschâtelets-Morisson	Médecin spécialiste, CHUS

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence

Mme Ginette Dorval	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne, **secrétaire**	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

En 2005-2006, la Commission a siégé à deux reprises. Ses travaux ont consisté principalement à la formulation d'un avis sur le Plan des effectifs médicaux des spécialistes.

3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2006, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2007

M. Jasmin Audet, **président**	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Le regroupement CNDE / Dixville
M. Jean-Guy Bellerose	Professionnel du domaine social Centre jeunesse de l'Estrie
M. Yves Couturier	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux Université de Sherbrooke
Mme Martine Duchêne	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
M. Luc Grégoire	Professionnel du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
M. Guy Lemire, **vice-président**	Représentant des cégeps de la région Collège de Sherbrooke

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Robert Bellefleur	Professionnel du domaine social Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Hélène Corriveau	Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke

Mme Thérèse Leroux	Représentante des domaines techniques Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
Mme Lynda Périgny, **secrétaire**	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence (en remplacement de Mme Johanne Turgeon depuis le 14 mars 2006)
M. Martin Robert	Gestionnaire du domaine social Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
Poste vacant	Représentant des domaines techniques

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant en octobre 2006

Mme Linda Dieleman	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
Mme Josée St-Arnaud	Travailleuse sociale Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
Mme Johanne St-Cyr	Conseillère aux programmes Centre de réadaptation Estrie
Poste vacant	

La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique et des établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé ainsi que dans le domaine social.

Au cours de l'année 2005-2006, soit sa cinquième année de fonctionnement, la Commission multidisciplinaire a tenu quatre assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du Réseau intégré de soins et services pour la clientèle atteinte de troubles mentaux sévères et persistants;
- la formulation d'un avis sur les orientations du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement »;
- la formulation d'un avis sur les orientations du programme-services « Services généraux »;
- le suivi du Plan d'action sur la planification de la main-d'œuvre en réadaptation physique et pour le personnel d'encadrement clinique;
- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler;
- la révision du Règlement concernant les modalités de désignation des membres et les règles de régie interne de la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie.

3.12 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2006, le comité de direction du Département régional de médecine générale était composé des personnes suivantes :

Membres élus

M. Robert Cloutier	Médecin omnipraticien, catégorie « MRC hors Sherbrooke »
M. André Munger	Médecin omnipraticien, catégorie « CLSC »
Mme Raymonde Vaillancourt, chef du DRMG	Médecin omnipraticien, catégorie « Cabinets privés »

Membres nommés

Mme Danielle Blais	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François
M. Denis Blanchard	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos
M. Richard Boulé	Département de médecine de famille Faculté de médecine
M. Daniel Brochu	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Granit
Mme Martine Jeanrenaud	Médecin omnipraticien, centre d'hébergement et de soins de longue durée
Mme Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M. Patrice Laplante	Médecin omnipraticien Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
Mme Ginette Dorval	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Au cours de l'année 2005-2006, le Département régional de médecine générale a tenu dix assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers qui ont été traités :

- Le Plan régional des effectifs médicaux :
  - la gestion des règles, l'application et la mise à jour par territoire;
  - le recrutement des douze postes autorisés et la priorisation en fonction des pénuries des effectifs;
  - la réorganisation des services de première ligne et les projets cliniques.

- Les activités médicales particulières :
  - la gestion des règles, des dérogations et la mise à jour.

- Les groupes de médecine de famille :
  - le support à l'élaboration et à la consolidation des groupes de médecine de famille;
  - la promotion du modèle.

De plus, en 2005-2006, les activités suivantes ont été réalisées :

- le calcul comparatif par centre de santé et de services sociaux des plans régionaux des effectifs médicaux et des plans d'effectifs médicaux et leur pourcentage d'atteinte par sous-région;

- la priorisation de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie pour combler les plus grandes pénuries;

- le recrutement des douze postes autorisés au Plan régional d'effectifs médicaux (onze en 2005 et douze en 2006, dont cinq nouveaux facturants). Le sous-comité « Plan régional d'effectifs médicaux – activités médicales particulières » a tenu onze rencontres, incluant une rencontre pour la sélection des candidats;

- les travaux autorisant des postes supplémentaires pour répondre aux besoins d'enseignement (Plan d'effectifs médicaux universitaires);

- la gestion des activités médicales particulières des groupes 1 à 4 et la mise à jour par centre de santé et de services sociaux. Les dérogations des groupes 5 et 6 pour répondre aux besoins des sous-régions sans déstabiliser la deuxième ligne (point de services de Windsor, activités médicales particulières orphelines);

- le dépannage intrarégional pour les urgences en difficulté;

- la demande d'attribution de bourses d'installation médicale dans les régions de Valcourt, d'Asbestos et possiblement de Weedon, ainsi que la demande de forfaits de garde en disponibilité pour les régions de Coaticook, d'Asbestos et du Haut-Saint-François;

- la représentation aux différentes tables de concertation de l'Agence et des centres de santé et de services sociaux sur les projets cliniques (comité de pilotage, comité de suivi des projets cliniques et comité sur l'organisation des services de première ligne);

- la désignation de médecins-répondants pour l'élaboration des programmes-services et des orientations régionales et locales;

- faire des recommandations face aux orientations et aux priorités des services dans les programmes-services « Services généraux » et « Perte d'autonomie liée au vieillissement » (les travaux sont en cours pour la santé mentale, l'oncologie et la santé physique);

- la mise en place de tables territoriales par centre de santé et de services sociaux (représentant du Département régional de médecine générale, du Directeur des services professionnels et des chargés de projets) pour le projet clinique et certains projets connexes : la réadaptation cardiaque, le protocole de suivi d'anticoagulothérapie et les pratiques cliniques préventives;

- des travaux sur l'accessibilité au plateau technique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke aux heures défavorables (pour les cliniques et les groupes de médecine de famille de Sherbrooke et du Haut-Saint-François);

- la mise sur pied et la consolidation des sept groupes de médecine de famille (accrédités) et le support à l'élaboration de cinq autres groupes;

- l'animation de la Table des partenaires « Groupes de médecine de famille » et la mise sur pied de la Table des responsables médicaux des groupes de médecine de famille;

- l'élaboration d'un répertoire des cliniques et des groupes de médecine de famille incluant le médecin-répondant, la secrétaire-répondante ainsi que les effectifs en place;

- des travaux sur la pandémie éventuelle d'influenza;

- des travaux avec le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke sur les mécanismes d'accès à un médecin de famille en priorisant la clientèle la plus vulnérable (équipe de triage avancé);

- le plan de communication (bulletin Réseau-Estrie) décrivant, entre autres, les travaux du Département régional de médecine générale.

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région

4.1 Le programme-services « Santé publique »

Les faits saillants 2005-2006

Les maladies infectieuses et la santé environnementale

La lutte aux infections nosocomiales

Au cours de l'année 2005-2006, la situation régionale face aux infections à Clostridium difficile s'est nettement améliorée, avec une moyenne de 5,2 cas par 10 000 patients-jours dans les centres hospitaliers de l'Estrie, comparativement à 9,1 par 10 000 à l'échelle provinciale. On considère que l'éclosion est contrôlée et que nous sommes revenus à des seuils d'infection pré-épidémiques. La Table régionale de prévention des infections nosocomiales a poursuivi ses travaux en 2005-2006, portant notamment sur l'harmonisation et la diffusion d'affichettes et d'aide-mémoire en prévention des infections à l'intention des intervenants et de la clientèle en soins de longue durée, que ce soit en établissements ou à domicile. Des activités de formation sur la prévention des infections ont également été tenues auprès des médecins en cabinets privés de la région avec la collaboration des médecins microbiologistes-infectiologues du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Par ailleurs, les formations offertes par l'Institut national de santé publique du Québec ont permis la consolidation de l'expertise des effectifs en soins infirmiers nouvellement dédiés à la prévention des infections dans les établissements avec missions « centre hospitalier » et « centre d'hébergement et de soins de longue durée » de l'Estrie. Enfin, un babillard régional électronique, recensant les protocoles, les guides, les outils d'information et de formation sur la prévention ainsi que des données de surveillance au niveau régional (ex. : l'influenza), a été mis à la disposition de tous les établissements de l'Estrie et est tenu à jour par la Direction de santé publique et de l'évaluation.

La mise en place d'un programme universel de vaccination contre la varicelle

Suite à la recommandation du Ministère, la Direction de santé publique et de l'évaluation a procédé à l'introduction du vaccin contre la varicelle au calendrier régulier d'immunisation des enfants du Québec. Depuis le 1er janvier 2006, le vaccin est fourni gratuitement aux enfants qui atteignent l'âge d'un an. Les enfants plus âgés sont rejoints dans le cadre des activités régulières de vaccination et, de 2006 à 2010, un programme de rattrapage lors de l'entrée à la maternelle ainsi qu'à la quatrième année du primaire sera offert systématiquement par les centres de santé et de services sociaux aux enfants qui n'ont pas fait la maladie. Depuis le 1er janvier, le vaccin est offert gratuitement aux travailleurs de la santé, si un dépistage révèle qu'ils sont réceptifs à la maladie. Les autres adultes non protégés peuvent aussi profiter de la vaccination gratuite, au moment de la vérification de leur statut vaccinal.

La préparation du Plan de lutte contre une pandémie d'influenza - volet santé publique

Depuis l'automne 2005, la Direction de santé publique et de l'évaluation a travaillé à la rédaction du volet régional de lutte contre une éventuelle pandémie d'influenza en définissant les activités de préparation préalables à une intervention dans un contexte de mesures d'urgence. Inspirées des plans de l'Organisation mondiale de la santé ainsi que des plans canadien et québécois, les stratégies de lutte du volet santé publique incluent :

- le rehaussement des activités de surveillance et de vigie à l'échelle régionale;
- la révision et l'ajustement des mesures de prévention des infections dans le réseau de la santé selon les phases pandémiques;

- la préparation à une vaccination d'urgence des travailleurs de la santé et des autres travailleurs essentiels;
- la préparation à une campagne de vaccination sans précédent de l'ensemble de la population dès qu'un vaccin efficace et sécuritaire sera disponible;
- l'élaboration de mesures générales de santé publique, dont la gestion des cas et des contacts;
- l'éducation sanitaire de la population.

Des activités de sensibilisation à la pandémie ont eu lieu auprès des partenaires régionaux au cours de l'hiver 2006.

La chaleur accablante

Le réchauffement du climat au cours du siècle dernier sur l'ensemble de la surface du globe est maintenant très clair. L'ampleur du phénomène et sa rapidité sont sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Le changement climatique a des répercussions sur la santé humaine.

Dans ce contexte, le Ministère a demandé aux agences de la santé et des services sociaux d'élaborer des plans de mesures d'urgence spécifiques à la chaleur accablante. Un premier document a été élaboré et mis en consultation auprès des établissements du réseau et des partenaires. De cette consultation a découlé le Plan régional chaleur accablante et chaleur extrême.

Divers outils ont été élaborés, notamment un protocole s'adressant spécifiquement aux résidences privées pour personnes âgées. Un article de sensibilisation a également été publié dans l'hebdomadaire La Nouvelle de Sherbrooke. Plusieurs messages de prévention ont été adressés à la population par le biais des médias télévisés et radiophoniques. Les professionnels de la santé, les cliniques médicales et les pharmacies ont également été sensibilisés à la problématique et ont reçu les outils de sensibilisation.

L'herbe à poux

La problématique de l'herbe à poux a des conséquences sur la santé de la population sensibilisée. Au Québec, les coûts de santé reliés à cet allergène sont estimés à 50 millions de dollars annuellement. La Direction de santé publique et de l'évaluation est maintenant un membre actif de la Table québécoise sur l'herbe à poux et celle-ci a organisé une formation spécifique pour les décideurs et gestionnaires de terrains des municipalités. Toutes les municipalités ainsi que les établissements du réseau de la santé ont reçu les outils de sensibilisation dans le cadre de la campagne « L'Herbe à poux, j'en nez assez! ».

Le cancer de la peau

Dans le cadre de l'objectif 2003-2012 du Programme national de santé publique ainsi que du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 de diminuer l'incidence du cancer de la peau, la population des jeunes fréquentant les services d'animation estivale (OTJ) a été ciblée dans un premier temps à l'été 2005. C'est ainsi que les coordonnateurs et les moniteurs de la ville de Sherbrooke ont été rencontrés. Les informations leur ont été données quant aux risques de l'exposition au soleil ainsi que des mesures préventives et des activités sécuritaires applicables pour eux-mêmes et pour les jeunes dont ils ont la responsabilité. Ces informations ont également été transmises aux parents par le biais d'une lettre.

Tous les responsables des centres de la petite enfance de la région ont aussi été sensibilisés au risque de l'exposition au soleil pour la population infantile dont ils s'occupent quotidiennement. Des moyens leur ont été suggérés pour prévenir les effets imputables aux rayons ultraviolets.

Un article sur les risques de cancer de la peau et les moyens mis à notre disposition pour les prévenir a aussi été publié dans l'hebdomadaire La Nouvelle de Sherbrooke. Cet article s'adressait à la population en générale.

La santé au travail

Au cours de 2005-2006, les différents intervenants et professionnels du Service de santé au travail ont contribué à la réalisation d'actions préventives en milieu de travail. Majoritairement, ces actions ont fait l'objet de concertation entre l'équipe du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François, celle de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et celle de la Direction de santé publique et de l'évaluation. Conformément à la Loi sur la santé et la sécurité du travail, des programmes de santé spécifiques aux établissements ont été élaborés pour les entreprises des secteurs prioritaires. Par ailleurs, la Direction de santé publique et de l'évaluation a participé activement à différents comités provinciaux et régionaux comme par exemple :

- la prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail;
- le plan d'action du réseau de la santé visant la réduction de la surdité due au bruit dans les milieux de travail.

Les programmes régionaux et provinciaux

Des programmes d'interventions concertés, soit au plan provincial ou régional, ont été mis en œuvre dans les secteurs prioritaires et dans les secteurs ciblés. Parmi ces programmes, on dénote les principales activités suivantes :

- le plan d'action jeunesse en collaboration avec le ministère de l'Éducation du Québec et la Commission de la santé et de la sécurité du travail;
- l'intervention sur les risques biologiques a été complétée auprès de certains groupes de travailleurs : policiers et pompiers;
- le Programme provincial visant le contrôle de l'exposition des travailleurs utilisant le procédé de poudrage électrostatique a été complété;
- le plan d'action concerté sur le béryllium dans le secteur usinage, jumelé à une vérification de l'utilisation sécuritaire de l'amiante, a été réalisé;
- les interventions préventives en agriculture;
- le plan d'action sur le monoxyde de carbone chez les locateurs de petits équipements à moteur;
- les interventions concertées au regard de l'exposition des travailleurs aux fumées de caoutchouc;
- le Programme d'intervention régional sur l'exposition à la silice des travailleurs de la transformation du granit.

Les services de promotion-prévention de la santé

Le Service de promotion-prévention de la santé a réalisé, dans le cadre de différents programmes, les activités suivantes :

Les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

- L'organisation du colloque « Grandir avec les enfants et les familles », qui a rassemblé près de 200 personnes, notamment les gestionnaires et le personnel du Programme

intégré de 0 à 5 ans, de même que leurs partenaires provenant des centres de la petite enfance, des organismes communautaires famille et du domaine de la recherche.

- La production et la diffusion du bilan annuel du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité. Le bilan indique que :

  - 580 femmes enceintes ainsi que 810 enfants de 0 à 5 ans et leur famille ont reçu des services des établissements oeuvrant dans ce programme, soit les centres de santé et de services sociaux et la Villa Marie-Claire;
  - la clientèle rejointe représente 100 % de celle qui est ciblée;
  - les familles reçoivent en moyenne douze visites à domicile par année;
  - environ 60 % des enfants âgés entre 1 et 5 ans fréquentent un milieu de garde;
  - un superviseur clinique dédié au personnel du Programme de 0 à 5 ans a été engagé dans tous les centres de santé et de services sociaux.

- L'organisation de la formation « L'attachement parents-enfant : pierre angulaire du développement de l'enfant de 0 à 18 mois », qui a rejoint une centaine d'intervenants provenant des équipes locales de 0 à 5 ans et des organismes communautaires famille.

- La production et la diffusion d'un document sur le dépistage de la dépression maternelle et sur les orientations cliniques à privilégier dans le cadre du Programme intégré de 0 à 5 ans.

- La participation aux travaux d'implantation du Programme d'Éveil à l'écrit dans trois MRC (Coaticook, Ville de Sherbrooke et Val-Saint-François) et le suivi des plans d'action locaux dans les quatre autres.

- L'organisation de formations et de supervisions sur l'utilisation du Brigance (outil d'évaluation du développement des enfants) offertes aux superviseurs cliniques et aux personnes-ressources des centres de santé et de services sociaux.

L'allaitement maternel et la périnatalité

- La production d'une pochette d'information sur le programme « Initiative des amis des bébés » à l'intention des différentes instances visées par celui-ci en Estrie.

- La conception et la production de deux nouveaux modules de formation en allaitement maternel, dans le cadre de l'implantation du programme « Initiative des amis des bébés » et du Programme régional de formation qui y est associé.

- L'organisation de la formation en allaitement maternel par MRC à l'intention de l'ensemble des intervenantes qui sont appelées à informer et à conseiller les parents en matière d'allaitement maternel : un total de 18 sessions pour les modules 1 et 2 et de quatorze sessions pour les modules 3 et 4 réparties dans les six MRC et dans le territoire de la ville de Sherbrooke.

- La participation aux travaux régionaux et provinciaux en vue de la révision de la Politique de périnatalité.

Le programme « Fluppy » s'adressant aux enfants de la maternelle et à leur famille

- Le suivi de l'implantation du programme « Fluppy » par la production et la diffusion du bilan annuel 2004-2005 du programme démontrant que :

- plus de 50 écoles, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, et 73 classes de maternelle offraient le programme sur une base régulière;
- plus de 1 358 enfants ont participé aux ateliers du programme « Fluppy » et près de 125 familles ont bénéficié d'un suivi intensif à domicile;
- plus de 925 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région;
- douze activités de formation sur le programme « Fluppy » ont été offertes à 86 personnes provenant des centres de santé et de services sociaux et du milieu scolaire.

L'approche « École en santé »

Chaque centre de santé et de services sociaux a nommé au moins une personne répondante sur « École en santé ». Divers ateliers et activités de formation (provincial, régional ou local) ont été dispensés sur « École en santé ». Plusieurs de ces formations ont été suivies par les partenaires des deux réseaux concernés, soit l'éducation et la santé. Des travaux pour préparer le déploiement de l'approche ont été entrepris entre les quatre commissions scolaires de la région et les sept centres de santé et de services sociaux. Une quinzaine d'écoles ont été identifiées pour déployer l'approche et les travaux se poursuivent localement.

La prévention de la toxicomanie

- Les plans d'action triennaux (2004-2006) des centres de santé et de services sociaux en matière de prévention de la toxicomanie pour les jeunes sont en cours. Les arrimages ont été fortement renforcés avec « Impact-Écoles », un projet régional de trois ans sur la prévention de la toxicomanie en milieu scolaire dans lequel les réseaux de la santé et de l'éducation collaborent étroitement.

- Une enquête régionale sur le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes en milieu scolaire a été réalisée. Presque toutes les écoles secondaires de l'Estrie ont participé à cette enquête. Environ 13 500 élèves ont répondu au questionnaire.

- Les formations d'intervenants sur les outils DÉBA-A/D (dépistage/évaluation du besoin d'aide – alcool/drogues) et DEP-ADO (grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes) ont été enrichies en abordant l'approche motivationnelle.

- Une formation sur le phénomène des gangs de rue a permis de sensibiliser 90 intervenants sur le sujet.

Le jeu pathologique : le renforcement de la prévention

- Un état de situation régional sur les jeux de hasard et d'argent en Estrie a été produit et diffusé auprès des partenaires de la région.

- Des activités de sensibilisation à la problématique ont été réalisées via une campagne médiatique télévisée en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie - Centre-du-Québec.

La prévention du tabagisme

L'enquête de 2005 sur le tabac, l'alcool et les autres drogues dans les écoles secondaires de l'Estrie a révélé une réduction importante du tabagisme chez les jeunes. En 2005-2006, du soutien a été donné aux écoles secondaires dans leur réflexion de stratégies pour l'implantation d'un terrain d'école sans tabac.

La prévention du suicide

La Direction de santé publique et de l'évaluation a collaboré à la rédaction du Cadre de référence pour la mise en œuvre de programmes de sentinelles en prévention du suicide. Elle participe également à l'élaboration d'orientations régionales en prévention du suicide avec les partenaires concernés.

La santé buccodentaire

La Direction de santé publique et de l'évaluation a participé aux travaux nationaux concernant l'élaboration du Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012.

Elle a assuré le soutien à la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs dans toutes les écoles primaires de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce programme pour l'année scolaire 2004-2005 :

- nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires) 109
- nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire 5 431
- nombre d'enfants référés aux dentistes 568
- nombre d'enfants à risque, suivis par les intervenants du programme 2 118
- nombre d'applications topiques de fluorure 3 687
- nombre d'activités éducatives individuelles 3 692
- nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement 760
- nombre d'activités éducatives de groupe 457

La lutte à la sédentarité et la promotion de l'activité physique

Dans le cadre du Programme Kino-Québec, voici les principales réalisations qui ont rejoint la clientèle des jeunes en milieu scolaire, les adultes de 25 à 44 ans et les personnes de plus de 50 ans :

- la participation au développement de « Québec en forme », implanté dans 30 écoles primaires de milieux défavorisés de l'Estrie;
- l'attribution de quinze bourses « École active » à des écoles primaires et secondaires totalisant 8 500 $ pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique d'activités physiques, la sécurité et la saine alimentation;
- la promotion et le soutien d'une cour d'école saine et active auprès des écoles primaires et secondaires de l'Estrie;
- la participation au projet « Récupère donc ton vélo ». Un projet de vélos communautaires a été amorcé avec la mise en chantier d'une remorque pouvant déplacer vingt bicyclettes. Quatre arrondissements de Sherbooke ont développé une nouvelle programmation vélo;
- la réalisation des campagnes « Mon style de marche » et « Plaisirs d'hiver » dans l'ensemble de l'Estrie. Une cueillette de patins usagés, coordonnée par Kino-Québec, a permis de remettre environ 150 paires de patins à des enfants ou des organismes de milieu défavorisé de Sherbrooke;
- le soutien au programme « Viactive » destiné à promouvoir l'activité physique auprès de la clientèle des aînés. Plus de 2 000 personnes participent, chaque semaine, à des séances d'activités physiques offertes au sein d'une centaine de regroupements de personnes retraitées;
- l'élaboration des « Mardis actifs », une série d'événements populaires proposés par une quinzaine d'organismes et s'adressant aux personnes de plus de 50 ans désireuses de s'initier à différentes formes d'activités physiques et de plein air.

La prévention des traumatismes non-intentionnels

- Les intervenants des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie qui réalisent les différents volets du Programme de prévention des chutes chez les personnes âgées ont reçu l'accompagnement nécessaire pour implanter les nouvelles pratiques contenues dans le nouveau Cadre de référence ministériel de prévention des chutes.

- Tous les parents d'enfants de 0 à 2 ans qui bénéficient des services intégrés de périnatalité et petite enfance offerts par les centres de santé et de services sociaux ont bénéficié de l'implantation d'une trousse de sécurité contenant du matériel pour prévenir les différents traumatismes survenant à domicile. Au total, 350 trousses ont été distribuées dans les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

- Le programme des patrouilleurs cyclistes a été modifié pour mieux répondre à la nouvelle structure organisationnelle des différents réseaux estriens, tout en permettant d'offrir une plus large gamme de services préventifs aux usagers. Donc, 85 patrouilleurs ont été formés et ont réalisé 4 500 heures de patrouilles.

- Une nouvelle programmation de promotion de la sécurité et de prévention des traumatismes auprès des usagers des véhicules hors route a été élaborée avec la participation de 30 clubs de motoneigistes et de quads de l'Estrie.

La prévention des maladies chroniques

- L'implantation du counselling de courte durée (30 secondes à 3 minutes) sur les saines habitudes de vie « 0.5.30 Combinaison prévention » s'est poursuivi dans les services courants infirmiers des centres de santé et de services sociaux en 2005-2006.

- Une soixantaine d'infirmières des services courants infirmiers ont suivi une formation sur le sujet et au moins 1 436 usagers des services courants infirmiers ont bénéficié de ce counselling.

- En 2005-2006, 229 fumeurs ont reçu des services de support à la cessation tabagique dans les sept centres d'abandon du tabagisme de l'Estrie. Plus précisément, 1 481 interventions de longue durée ont été offertes sur les trois habitudes de vie.

- Des efforts ont été déployés pour arrimer les messages santé, les outils promotionnels et les campagnes éducatives nationales sur la promotion de saines habitudes de vie (mois de la nutrition, mois de la marche, « Défi j'arrête, j'y gagne », « Défi Santé 5/30 », etc.).

- Dans le cadre du programme de promotion des saines habitudes de vie du Ministère « Vas y, fais-le pour toi! », volet nutrition, 30 restaurants des différentes MRC ont participé à l'événement « Fruits et Légumes en vedette ».

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En 2005, en Estrie, 11 111 femmes âgées entre 50 et 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Après sept ans, certaines femmes ont déjà eu une quatrième mammographie de dépistage. Le taux de participation régional pour cette période se situe à 63,9 %.

Le taux de détection de cancer est bon dans notre région. En effet, plus de 60 femmes participantes ont reçu un diagnostic de cancer du sein en 2003 à l'intérieur du programme, alors qu'elles étaient asymptomatiques. La détection précoce du cancer améliore les chances de survie pour ces femmes.

La sécurité alimentaire

En 2005, le Ministère confirmait le renouvellement de ce budget, ainsi :

- huit projets subventionnés par le Programme de subventions en sécurité alimentaire ont été maintenus;
- le suivi de gestion de ces projets et un rapport synthèse sur les résultats du programme ont été transmis au Ministère.

Les pratiques cliniques préventives

Les pratiques cliniques préventives retenues en 2005-2006 sont : le counselling en regard d'une saine alimentation, la pratique régulière d'activités physiques et la cessation du tabagisme « 0.5.30. Combinaison prévention », la prévention des chutes chez les personnes âgées ainsi que la promotion et la prescription de suppléments d'acide folique pour les femmes en âge de procréer.

Le milieu clinique des groupes de médecine de famille a été ciblé de façon prioritaire. Un mécanisme de partenariat a été établi avec le Comité conjoint infirmières - groupes de médecine de famille - CLSC. En regard des consultations brèves liées au « 0.5.30. Combinaison prévention » et à l'acide folique, des outils et des formations ont été offerts aux infirmières de l'ensemble des groupes de médecine de famille de l'Estrie. Pour ce qui est de la prévention des chutes, une formation a été amorcée et est déjà offerte à plusieurs cliniques médicales et groupes de médecine de famille de la région à l'intérieur d'une collaboration avec le Centre de recherche sur le vieillissement, le Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et la Direction de santé publique et de l'évaluation. Enfin, un plan de communication a été élaboré avec la collaboration du Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke afin de promouvoir la prise de suppléments d'acide folique auprès, notamment, des milieux cliniques et des pharmacies.

La surveillance de l'état de santé de la population, le suivi de gestion et l'évaluation

LES PRINCIPALES REALISATIONS EN SURVEILLANCE

Le Système d'information intégré en santé publique

Le tableau de bord du Système d'information intégré en santé publique a été mis à jour avec l'addition des banques de données sur les décès de 2002, les naissances de 2003, les mortinaissances de 2003, les nouvelles données de population basées sur le recensement de 2001 et celles sur la prévalence du diabète pour les années 2001-2002.

L'information de la population sur son état de santé

Dans le cadre de son mandat d'information de la population sur son état de santé, quatre capsules d'information InfoBULLE ont été diffusées à raison de 3 493 copies chacune, et ce, à tout le personnel des centres de santé et de services sociaux. Une copie a aussi été envoyée aux organismes communautaires et aux autres établissements en ayant fait la demande. Les sujets traités ont été les suivants : l'accès aux médecins de famille, les projections de population 2001-2021, vieillir en demeurant physiquement autonome et la maladie pulmonaire obstructive chronique.

Des articles ont aussi été diffusés dans l'hebdomadaire La Nouvelle de Sherbrooke. Ces articles ont traité des sujets suivants : le diabète, la vaccination, la sécurité et la qualité de vie dans les résidences privées pour personnes âgées, la chaleur accablante, le cancer de la

peau, la situation sociodémographique des personnes âgées et leurs habitudes de vie, leur état de santé et leur utilisation des services, l'herbe à poux, le Programme pour une maternité sans danger, l'importance de poursuivre la mammographie de dépistage après 69 ans, la vaccination contre le pneumocoque, la lutte à l'influenza, le VIH, le smog hivernal, le monoxyde de carbone et les caractéristiques économiques des travailleurs.

Les articles publiés dans l'hebdomadaire La Nouvelle de Sherbrooke et les InfoBULLE ont été ajoutés au site Internet de l'Agence.

Les données de surveillance pour le suivi des plans d'action locaux de santé publique

Une mise à jour du document produit en 2004 a été faite en novembre 2005 et distribuée aux intervenants et aux gestionnaires des centres de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Le Programme national de santé publique

Au cours de l'année, l'équipe du Service du soutien méthodologique et de l'évaluation a fourni les données sur les besoins de santé de la population dans le cadre des plans d'action locaux de santé publique ainsi que les informations de surveillance nécessaires à leur suivi. Ces données ont été intégrées au Système d'information intégré en santé publique. Au niveau national, l'équipe a continué d'apporter sa contribution au développement du Plan commun de surveillance.

De plus, conformément aux prescriptions du Programme national de santé publique 2003-2012 et en tenant compte des spécificités de la population du territoire, l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 a débuté en janvier 2003. Ces prescriptions stipulaient que le plan d'action régional doit comporter des mécanismes de reddition de comptes et un cadre d'évaluation des résultats. C'est pour répondre à cette obligation que l'équipe du Service du soutien méthodologique et de l'évaluation a proposé un plan d'évaluation du premier cycle d'implantation 2004-2007 du Plan d'action régional de santé publique en Estrie.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Dans le cadre de l'Entente de gestion et d'imputabilité, certains engagements concernant les services de santé publique ont été pris entre l'Agence et le Ministère. Voici les résultats :

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.1)	**Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang**

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	2 393	2 393	3 751
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	946	946	1 305
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	363	363	684
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	198	198	346

Commentaires

Les résultats au 31 mars 2006 dépassent les cibles fixées en début d'année. Certains facteurs expliquent ces bons résultats :

- Aspect organisationnel des cliniques « hors les murs » amélioré :
  - ✓ deux infirmières par clinique plutôt qu'une infirmière et un agent de relations humaines (ARH);
  - ✓ augmentation du nombre de tests de dépistage par client;
  - ✓ en centre de réadaptation, la clinique hors les murs est souvent précédée d'un atelier sur le dépistage des ITSS et la vaccination, ce qui réduit le temps individuel de counselling pré-test et permet de voir un plus grand nombre de clients.

- Augmentation de la clientèle secondaire à la popularité accrue des cliniques hors les murs qui amènent à leur tour plus de clients « dans les murs ».

Par contre, le respect des cibles demeure fragile en raison du financement non récurrent des activités hors les murs. Les crédits régionaux 2005-2006 accordés à la lutte contre l'infection au VIH/sida, aux ITSS et aux hépatites, de même que les crédits régionaux 2005-2006 – Hépatite C ont été confirmés respectivement en juin et en octobre 2005. Ceci complique considérablement l'assignation de personnel déjà formé et la planification de cliniques supplémentaires pour les clientèles très vulnérables.

Nom : Louise Frenette	**Date** : 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.1)	**Promotion et prévention – jeunes et familles**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté	49,6 %	75 %	64,2 %
Numérateur : nombre de femmes de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux famille qui vivent dans l'extrême pauvreté	136	206	176
Dénominateur : nombre total de femmes âgées de 20 ans ou plus ayant moins de 11 ans de scolarité qui ont donné naissance à un enfant au cours d'une année (la dernière année pour laquelle les données du fichier des naissance sont disponibles)	274	274	274

Commentaires

Parmi les femmes rejointes par le programme, 176 femmes âgées de 20 ans et plus et ayant moins de 11 ans de scolarité ont donné naissance à leur enfant. Ce nombre inclut six femmes qui ont été suivies par la Villa Marie-Claire, un établissement de réadaptation s'adressant aux mères en difficultés graves d'adaptation. Le nombre de 176 représente une proportion de 64,2 % des femmes visées, alors que la cible était d'en rejoindre 75 %.

Des données de Statistiques Canada portant sur le nombre de « *Parents de sexe féminin âgés de 15 ans et plus ayant au moins un enfant âgé de moins de 1 an à la maison au moment du recensement de 2001* » ont été rendues disponibles récemment. Elles montrent que parmi toutes les femmes de 20 ans et plus qui n'ont pas terminé leur scolarité secondaire, 54 % ont un revenu familial inférieur aux seuils de faible revenu. Appliquée à la population de l'Estrie, cette proportion se traduirait de la façon suivante : des 274 femmes constituant le dénominateur, 148 auraient à la fois moins de 11 ans de scolarité ET un revenu familial inférieur aux seuils de faible revenu, les deux critères pour définir l'extrême pauvreté. Le réseau de l'Estrie aurait donc desservi 100 % des femmes correspondant aux critères du programme (176/148) en 2005-2006 et d'autres.

Le dénominateur utilisé pour cet indicateur devrait être modifié. Un ajustement du dénominateur sera demandé.

Nom : Renée Cyr	**Date** : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.6)	**Promotion et prévention – jeunes et familles**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de rejoindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Proportion de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet Programme de Soutien aux jeunes parents	56,7 %	80 %	52,5 %
Numérateur : nombre de femmes de moins de 20 ans ayant accouché dans l'année rejointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux jeunes parents	85	130	85
Dénominateur : nombre de femmes de moins de 20 ans qui ont donné naissance à un enfant au cours d'une année (la dernière année pour laquelle les données du fichier des naissance sont disponibles, ici 2002)	150	162	162

Commentaires

Parmi les femmes de moins de 20 ans rejointes par le programme, 85 femmes ont donné naissance à leur enfant. Ce nombre inclut 4 clientes suivies par la Villa Marie-Claire. La proportion des femmes rejointes est donc de 52,5 %. Par ailleurs, comme le dénominateur utilisé date de 2002, il est fort probable qu'il surestime le nombre de naissances chez les moins de 20 ans.

En effet, des données régionales montrent qu'entre le 1er avril 2004 et le 31 mars 2005, 115 femmes de moins de 20 ans avaient donné naissance à un enfant. Si elle était calculée sur 115, la proportion de femmes de moins de 20 ans inscrites au programme et ayant accouché dans l'année serait de 73,9 % et se rapprocherait davantage de la cible.

Un ajustement du dénominateur sera demandé.

Nom : Renée Cyr	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Autres priorités du Plan d'action régional de santé publique** **Développement, adaptation et intégration sociale - périnatalité**

Résultats attendus	Compléter la mise en place des répondantes en allaitement maternel dans les CSSS, pour soutenir l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

Indicateurs	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'équivalents temps complet	2,4 ETC	2,4 ETC

Commentaires

Résultats

Cible atteinte à 100 % : 2,4 ETC sur 2,4 ETC

L'ajout budgétaire pour compléter la mise en place des répondantes en allaitement maternel a permis aux établissements de poursuivre la sensibilisation du personnel sur le programme *Initiative des amis des bébés* ainsi que la formation en allaitement maternel requise par ce programme.

Nom :	Roselyne Collard	**Date :**	2006-05-15

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention :	**Santé publique : Développement, adaptation et intégration sociale**

Résultats attendus	Poursuivre la réalisation du programme *Fluppy* dans l'ensemble des territoires de l'Estrie et déployer 100 % de l'offre de service selon la cible prévue : - hausse du nombre de classes de maternelle; - hausse du nombre de familles desservies; - hausse de l'intensité des visites à domicile.

Indicateurs	**Cibles 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre de classes de maternelle où se donne le programme	85	Les données 2005-2006 seront disponibles 2 mois après la fin de l'année scolaire
Nombre de familles recevant une intervention à domicile	170	

Commentaires

Résultats

En ce qui a trait au nombre de classes de maternelle, des informations préliminaires nous indiquent que cette cible ne sera pas totalement atteinte en raison des moyens de pression adoptés dans le secteur de l'éducation.

De plus, les informations actuellement disponibles quant au nombre de familles bénéficiant du suivi intensif nous indiquent que cette cible ne sera pas atteinte.

Discussion

L'atteinte de la cible reliée au suivi intensif familial est tributaire de l'acceptation de l'intervention par les parents. Dans certaines MRC, on observe un taux de refus de près de 50 % des parents. De plus, en milieu rural, le nombre limité d'enfants fréquentant les classes de maternelle ne permet pas de cibler nécessairement 2 enfants par classe; ceci limite le nombre potentiel de familles à suivre. Cependant, et malgré les commentaires précédents, on observe de meilleurs résultats dans certains territoires.

Nom :	Liliane Pagé	**Date :**	2006-05-09

Fiche de reddition de comptes

Axe : (1.1)	**Prévention – tabagisme**

Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT).

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme de l'Estrie	247	181	229

Commentaires

Dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012, du Plan québécois de lutte contre le tabagisme (PQLT) et du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT), le MSSS favorise la mise en œuvre de services de cessation tabagique gratuits et accessibles dans toutes les régions du Québec (CAT).

- 7 CAT sont implantés dans chacun des CSSS (vocation CLSC) de l'Estrie depuis 2002.

Résultats

- Pour l'année 2005-2006, 229 fumeurs ont bénéficié d'un support individuel à la cessation tabagique dans les CAT de l'Estrie. La cible fixée de 181 a été atteinte.
- Il est à noter que les fumeurs ayant eu recours aux services de groupe ne sont pas inclus dans ce nombre.

Mise en garde

Il est important de prendre en considération que :

- le déploiement des CAT est relativement récent et que les fumeurs désireux de cesser de fumer n'en connaissent pas tous la présence sur leur territoire;
- ce n'est que depuis 2004-2005 que l-CLSC contient les informations permettant de dénombrer le nombre de fumeurs ayant fréquenté les CAT dans les CSSS avec mission CLSC.

Nom : Denise Beausejour	**Date** : 31 mai 2006

**Cible : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.1)	Dépistage du cancer du sein

Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	64,5	61,4	63,9*
Taux de détection initial du cancer du sein	8,2/1 000*	> 5,0/1 000	7,5/1000*
Taux de détection subséquent du cancer du sein	5,7/1 000*	> 5,1***	4,5/1000*
Taux de référence initial pour investigation	12,9 %	12,5 %	12,6 %**
Taux de référence subséquent pour investigation	6,9 %	7,7 %	6,4 %**

Commentaires

Précisions

* Ces chiffres reflètent les taux de cancers détectés au 31 décembre 2003.
Le calcul de cet indicateur requiert une période de 2 ans entre le recueil des données et la production du résultat.
** Ces chiffres représentent les taux de référence pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2005.
*** La cible a été modifiée à 3,5/1000 en cours d'année.

Résultats

Taux de participation

La cible 2005-2006 a été dépassée. Les résultats indiquent une progression vers la cible nationale de 70 %. Au cours des 2 prochaines années, nous désirons rejoindre les femmes de 50 à 69 ans qui participent moins au dépistage. Pour ce faire, nous interviendrons surtout auprès des professionnels qui oeuvrent auprès d'elles.

Taux de référence

Les taux de référence, tant pour les mammographies initiales que pour les subséquentes, se situent près des cibles du programme. Un taux de référence élevé constitue un effet négatif du dépistage. Cette situation est actuellement discutée au Comité régional d'assurance de la qualité du PQDCS–Estrie. Le comité national y travaillera également au cours de la prochaine année.

Taux de détection

Les taux de détection, tant pour les mammographies initiales que pour les subséquentes, se situent au-dessus des normes du programme (voir précision ***). Ces taux sont bons.

Il est important de conserver de bons taux de détection tout en diminuant les taux de référence à des valeurs conformes aux cibles établies.

Nom : Ginette Varin	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.2 Le programme-services « Services généraux » - activités cliniques et d'aide

Les faits saillants 2005-2006

Les orientations et les priorités régionales 2005-2010

Les services généraux regroupent diverses activités cliniques et d'aide offertes auparavant avec des modalités de prestation et d'accessibilité différentes selon les organisations. Les orientations du programme-services « Services généraux » sont d'offrir à la population québécoise une gamme de services harmonisés et similaires d'un territoire à l'autre et de

s'assurer que cette population puisse trouver réponse à son besoin ou encore qu'elle puisse être orientée vers les services les plus appropriés à son besoin. La mise en œuvre du programme-services « Services généraux » exigera des investissements, tant pour assurer la disponibilité des services que pour modifier leur organisation ou mettre en place les structures pour les offrir.

Par l'élaboration des orientations régionales du programme-services « Services généraux », il est essentiel que la population de l'Estrie reconnaisse, comme porte d'entrée, le centre de santé et de services sociaux et/ou les cliniques médicales et les groupes de médecine de famille de son territoire, comme endroits où elle a accès à une gamme complète de services généraux impliquant la collaboration constante entre le centre de santé et de services sociaux, les équipes d'omnipraticiens et d'omnipraticiennes, les partenaires, les organismes communautaires, etc.

De plus, lorsque la condition de santé de la clientèle l'amène vers des services de deuxième ligne ou un autre programme-services, la continuité et l'accès sont gérés par les équipes du centre de santé et de services sociaux et les équipes de médecins omnipraticiens.

Dans le cadre de la réalisation des projets cliniques dans chacun des territoires de centre de santé et de services sociaux, le conseil d'administration de l'Agence a adopté les orientations régionales 2005-2010 ainsi que le plan de mise en œuvre régional, et ce, à la suite d'un processus de consultation auprès du réseau et de ses partenaires.

Les priorités retenues dans ce programme-services sont :

En regard de l'accessibilité :

- la mise en place d'un panier minimal commun des activités cliniques et d'aide sur tout le territoire de l'Estrie;
- l'accès à un médecin de famille et à un suivi médical.

En regard de la continuité :

- une continuité entre les diverses activités cliniques et d'aide, incluant les activités médicales.

La violence sexuelle

Le comité de suivi du Modèle d'organisation de services pour l'intervention médico-socio-judiciaire auprès des victimes d'agression sexuelle a continué ses travaux pour la mise en œuvre du modèle. Un plan d'action triennal a été adopté. Les principales actions de cette année sont la consolidation du centre désigné et l'élaboration d'une campagne de sensibilisation pour l'automne 2006.

La violence conjugale

Les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants ont consolidé leurs interventions spécifiques auprès des enfants témoins de violence conjugale. Le suivi des indicateurs auprès de ces ressources nous indique que 133 enfants ont reçu des services d'une intervenante « enfant » dans une des maisons d'hébergement de l'Estrie au cours de l'année 2005-2006.

Un guide pour l'implantation d'un protocole d'identification précoce et d'intervention en violence conjugale dans les centres de santé et de services sociaux de l'Estrie a été élaboré par des représentants de ces établissements, en collaboration avec l'Agence. Ce guide a été présenté aux chefs de programmes en février 2006.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.2)	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**

Objectifs de résultats 2005-2010	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Taux d'utilisation du service Info-Santé	0,389	0,386	0,378

Commentaires

Résultats

L'accessibilité au service Info-Santé a diminué.

Nous constatons que la cible n'a pas été atteinte, avec un écart à la négative de 2 540 appels. Le volume d'appels réalisé en 2005-2006 correspond à un taux de 378 / 1000, soit 8 appels pour 1000 de moins que la cible.

De plus, le nombre d'appels répondus en moins de quatre minutes a diminué de 3 %, passant de 87 % à 84 % entre 2004-2005. Quant au pourcentage de perte d'appels, il est passé de 16 % à 17 % au cours de la même période.

Analyse des résultats

La non récurrence d'un surplus budgétaire utilisé l'an dernier est à l'origine de cette baisse d'accessibilité.

Nom : France Leblanc	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.2)	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 587	2 152	2 500
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,54	3,74	3,80

Commentaires

Les cibles pour ces deux indicateurs sont atteintes.

Nom : France Leblanc	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.3 Le programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement »

Les faits saillants 2005-2006

Les orientations régionales et le plan de mise en œuvre régional

Dans le cadre de la réalisation des projets cliniques dans chacun des territoires de centre de santé et de services sociaux, le conseil d'administration de l'Agence a adopté les orientations régionales 2005-2010, ainsi que le plan de mise en œuvre régional, et ce, à la suite d'un processus de consultation auprès du réseau et de ses partenaires.

Le soutien à domicile et les services dans la communauté

En lien avec l'orientation régionale prioritaire d'adapter l'organisation des services de soutien à domicile afin de se conformer à la politique de soutien à domicile « Chez soi, le premier choix » et d'assurer l'optimisation des ressources à domicile, et ce, en tenant compte des besoins différenciés des hommes et des femmes, un plan de travail a été élaboré et est en voie de réalisation afin d'établir un premier portrait des clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement à domicile et en résidence privée d'hébergement. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de la mise en place d'un système permanent d'évaluation de la clientèle à domicile et en résidence privée d'hébergement et concernent plus particulièrement la qualité des données dans SIGG (Système d'information géronto-gériatrique) en lien avec l'outil d'évaluation multiclientèle, les profils ISO-SMAF (Système de classification des profils) et le Système d'information clientèle I-CLSC.

Par ailleurs, en regard des cibles ministérielles concernant l'axe « services dans la communauté pour les personnes âgées en perte d'autonomie », le volume réalisé au cours de l'année a augmenté dans les proportions attendues suite aux investissements que l'on a faits.

Le dossier clinique informatisé partageable

Au cours de l'année, en lien avec le partenariat SIGG, l'Estrie a démarré les travaux concernant le développement d'un extracteur de données et d'un générateur de rapports dans SIGG, et ce, en lien avec le projet de cadre de référence concernant l'évaluation du réseau intégré de services. La solution informatique doit permettre, dans un premier temps, de produire des tableaux statutaires en regard des données démographiques de la clientèle pour qui un dossier est ouvert dans SIGG, des profils ISO-SMAF en lien avec le système de classification et des plans de services individualisés.

La recherche PRISMA

L'Agence a poursuivi sa collaboration dans le cadre de la recherche PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie). Rappelons que l'Agence s'était donné ce moyen afin d'évaluer l'impact de la mise en réseau de services sur les personnes âgées. Les résultats préliminaires continuent à être encourageants et suscitent beaucoup d'intérêt.

Les mécanismes d'accès à l'hébergement

Les comités d'accès ont évalué 846 demandes, soit 32 de moins que l'an passé. L'Estrie a amélioré son taux de conformité aux profils d'admissibilité en centre d'hébergement et de soins de longue durée (profils 10 ou plus), réservant ainsi ce milieu de vie pour les personnes en plus grande perte d'autonomie. Par ailleurs, les cibles en regard des délais moyens d'attente à l'admission en centre d'hébergement de soins de longue durée et en ressource de type familial ont été atteintes, alors que les délais se sont détériorés en ressource

intermédiaire. Ce résultat reflète encore une fois la nécessité de développer de nouvelles places d'hébergement non institutionnel.

Les délais pour la clientèle en attente dans les services de la courte durée vers l'hébergement en centre d'hébergement de soins de longue durée se sont grandement améliorés passant de 43,84 jours en 2003 à 9,5 jours en 2005 pour le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, de 46,5 jours à 11 jours pour l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de 17,62 à 10 jours pour l'Unité de courte durée gériatrique. Nous pouvons donc constater l'efficacité des efforts des partenaires dans le cadre de l'application de la politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement.

Au cours de l'année, nous avons effectué le monitorage de la lourdeur de la clientèle hébergée à l'aide de l'indice de lourdeur développé par le Centre de recherche sur le vieillissement.

L'évaluation de la clientèle hébergée

L'opération annuelle d'évaluation de la clientèle hébergée en milieu de vie substitut (centres d'hébergement de soins de longue durée, ressources intermédiaires, ressources de type familial) révèle une diminution (3 %) du nombre total de personnes hébergées, comparativement à l'année précédente. Cette diminution est attribuable au nombre moins élevé de personnes en centre d'hébergement et de soins de longue durée et en ressource de type familial au profit d'une hausse pour les personnes hébergées en ressource intermédiaire.

Les milieux de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Au cours de la dernière année, les directions générales des établissements, ainsi que des membres des conseils d'administration, ont assisté à une séance de sensibilisation sur l'importance de développer une approche d'intervention humaniste en centre d'hébergement et de soins de longue durée, visant à améliorer la qualité de vie pour les personnes hébergées.

Les résidences privées

Les démarches de mise à jour de l'édition 2005-2006 du Registre des résidences privées avec services pour personnes âgées ont été réalisées. De plus, des démarches ont été amorcées afin que l'Estrie développe un processus d'appréciation de la qualité des services en résidence privée.

L'offre de service aux proches

Dans la poursuite de ses engagements, l'Agence a investi un montant supplémentaire pour soutenir les proches, ce qui porte l'enveloppe budgétaire totale à plus de 544 000 $. L'offre de service aux proches poursuit son déploiement dans chaque MRC.

Fiche de reddition de comptes

Axe : (1.3)	**Services dans la communauté – personnes âgées en perte d'autonomie**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	8237	8237	6335
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	19.3	19.45	25.57

Commentaires

Les résultats 2005-2006 sont influencés par les travaux d'amélioration de la qualité de saisie des données réalisés au cours de l'année.

- Nombre d'usagers : cible non atteinte en raison d'amélioration de la qualité de la saisie des données I-CLSC, plus particulièrement au regard de :
  - Prélèvements à domicile auprès des personnes qui ne reçoivent aucun autre service SAD -> transfert de ces usagers aux services généraux.
  - Précisions apportées sur l'avancement en âge pour les clientèles avec problèmes multiples -> un transfert d'un certain nombre d'interventions de DP et des profils 192 (maladies chroniques) vers le PALV.
- Nombre d'interventions : cible atteinte (cible 2005-2006 = 160 216 interventions; résultats 2005-2006 = 161 997 interventions).
- Nombre moyen d'interventions : cible atteinte.

Les conséquences de l'amélioration de la saisie des données sont :

- une diminution du nombre d'usagers qui entraîne un retard de 8 % sur le taux de desserte attendu;
- une augmentation de la fréquence d'intervention;
- une amélioration de la qualité des données : la proportion des personnes avec plus d'un profil au SAD passe de 53 % en 2004-2005 à 27 % en 2005-2006.

L'Agence demande une révision des points de départ 2006-2007 à 6 812 usagers et 24.13 interventions par usager.

Nom : Linda Dieleman	Date : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe : (1.3)	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2.5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3.268	3.158	3.329
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0.251	0.245	0.269

Commentaires

Soins infirmiers et d'assistance

Résultats

La cible régionale pour 2005-2006 a été dépassée. Six établissements sur huit ont atteint un résultat supérieur à la cible régionale et sept sur huit ont dépassé leur cible.

Analyse

Le résultat atteint est principalement dû à l'effet d'une diminution de 4 % des jours - présence combinée à une augmentation de 1 % des heures travaillées. Il en résulte une augmentation de 2 % en un an de l'intensité des soins infirmiers et d'assistance offerts aux usagers.

L'augmentation des besoins en soins infirmiers et d'assistance concorde avec une augmentation de la sévérité des profils des **nouvelles** personnes hébergées en CHSLD.

Services professionnels autres

Résultats

La cible régionale pour 2005-2006 a été dépassée. Les résultats de la moitié des établissements sont supérieurs à la cible régionale et six sur huit ont atteint ou dépassé leur cible.

Analyse

Le résultat atteint est principalement dû à une diminution de 4 % du nombre de jours - présence des usagers combinée à une diminution de 1 % du nombre d'heures travaillées. Il en résulte une augmentation de 3 % en 1 an de l'intensité des services professionnels. L'augmentation des besoins en services professionnels concorde avec une augmentation de la sévérité des profils des **nouvelles** personnes hébergées en CHSLD.

Évolution

Augmentation progressive de l'intensité des heures en soins infirmiers et d'assistance.
Augmentation progressive de l'intensité des heures en services professionnels.

	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Soins infirmiers et d'assistance	3.16	3.27	3.32
Services professionnels autres	0.24	0.25	0.26
Nombre de personnes hébergées	1 563	1 515	1 458
Indice de lourdeur (clientèle hébergée)	0.81	0.81	0.81

La région de l'Estrie améliore la réponse aux besoins des personnes hébergées en CHSLD.

Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006

4.4 Le programme-services « Déficience physique »

Les faits saillants 2005-2006

Il s'agissait de la troisième année de réalisation du plan d'action régional sanctionné en octobre 2003. Les réalisations concernent principalement :

- l'augmentation du nombre d'usagers recevant des services spécialisés de réadaptation dans les programmes en déficience motrice, visuelle, auditive, du langage et de la parole;
- la consolidation des services dans le milieu et l'amélioration de la liaison entre la première et la deuxième ligne;
- la poursuite des travaux visant la mise en place d'alternatives à l'hébergement institutionnel pour des personnes ayant une déficience physique sévère.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.4)	**Soutien à domicile – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 216	2 340	1 299
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	23.40	20.50	38.86

Commentaires

Les résultats 2005-2006 sont influencés par les travaux d'amélioration de la qualité de saisie des données réalisés au cours de l'année.

- Nombre d'usagers : cible non atteinte en raison d'une reclassification des usagers du programme en Déficience physique vers celui de Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Nombre d'interventions : cible dépassée (cible 2005-2006 = 47 884 interventions; résultats 2005-2006 = 50 475 interventions).
- Nombre moyen d'interventions : cible dépassée.

Les conséquences de l'amélioration de la saisie de données sont :

- une diminution marquée du nombre d'usagers présentant une déficience physique qui ont été reclassifiés uniquement PALV;
- une augmentation de la fréquence d'intervention;
- une amélioration de la qualité des dossiers : le nombre de personnes avec plus d'un profil d'intervention au soutien à domicile passe de 54 % en 2004-2005 à 27 % en 2005-2006.

L'Agence demande une révision des points de départ 2006-2007 à 1 717 usagers et 28,7 interventions par usager.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.4)	**Soutien à domicile – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	272	263	290

Commentaires

La cible a été largement dépassée. Il y a eu une augmentation de 7% de la clientèle desservie.

Informations complémentaires :
Il y avait 15 usagers en attente au 31 mars 2006 comparativement à 22 à la même date l'an dernier.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.4)	**Services spécialisés – déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés de readaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en maintenant.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	1 245	1 211	1 269
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	757	781	744
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	354	313	366
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de readaptation	334	334	341

Commentaires

Déficience motrice :
Cible atteinte. Augmentation de 24 usagers desservis en 2005-2006 comparativement aux résultats au 31 mars de l'année précédente.

Déficience visuelle :
Cible non atteinte en raison d'une surestimation de la cible 2005-2006 qui incluait par erreur les usagers reçus par les optométristes spécialisés en basse vision et rémunérés par la RAMQ. En conséquence, l'Agence demande une révision du point de départ 2006-2007 à 692 usagers.

Déficience auditive :
Cible atteinte. Augmentation de 12 usagers desservis en 2005-2006 comparativement aux résultats au 31 mars de l'année précédente.

Déficience de la parole et du langage :
Cible atteinte. Augmentation de 7 usagers desservis comparativement aux résultats au 31 mars de l'année précédente.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.5 Le programme-services « Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement »

Les faits saillants 2005-2006

Adopté en mai 2003, le Plan d'action régional en déficience intellectuelle a marqué l'an III de sa mise en œuvre. Les principaux résultats de l'année sont les suivants :

- la mise à jour de protocoles de liaison entre la première et la deuxième ligne (Urgence-Détresse, Info-Santé) et la consolidation du rôle exercé par les intervenants dédiés de la première ligne;

- l'accès à des heures de consultation auprès d'un psychiatre répondant pour l'ensemble de la clientèle adulte ayant une déficience intellectuelle;

- la poursuite de travaux destinés à consolider les services d'adaptation et de réadaptation, notamment l'arrimage avec le centre de réadaptation en déficience physique pour des usagers recevant des services de réadaptation fonctionnelle ainsi que la poursuite de la révision de l'offre de service socioprofessionnel pour certains usagers inscrits dans ce programme;

- le soutien à la mise en place de moyens innovateurs pour favoriser la participation sociale.

Une répartition budgétaire en déficience intellectuelle a permis la consolidation de services spécialisés (la stimulation précoce pour les enfants de 5 ans et les services sociorésidentiels), l'augmentation des services psychosociaux d'intervenants pivots au plan des services dans le milieu et le rehaussement du Programme des allocations financières et du Programme de soutien à la famille (répit et gardiennage). Un autre montant a permis d'assumer la prise en charge de services infirmiers auxiliaires dans une école spécialisée et de soutenir des activités de répit rendues disponibles par deux organismes communautaires.

Un modèle d'organisation des services pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement

Les travaux relatifs au Modèle d'organisation des services pour les personnes ayant des troubles envahissants du développement, adopté en octobre 2003, se sont poursuivis afin d'assurer l'implantation de ses diverses composantes, notamment :

- **la consolidation du Service régional d'accès (SRA-TED) :** depuis juin 2004, ce mécanisme régional reçoit l'ensemble des demandes d'évaluation et, une fois le diagnostic confirmé, assure l'orientation vers les services spécialisés appropriés;

- **le protocole relatif à une approche concertée :** des travaux entre le Regroupement CNDE-Dixville et la Clinique développementale de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke se sont poursuivis afin de préciser une entente globale de collaboration pour assurer une complémentarité de services et un arrimage optimal entre les services de deuxième et de troisième ligne;

- **l'évaluation globale des besoins** : un protocole d'évaluation globale a été adopté par le Regroupement CNDE-Dixville et l'ensemble des centres de santé et de services sociaux;

- **la détection des personnes ayant un trouble envahissant du développement :** poursuite d'une démarche pilotée par le Regroupement CNDE-Dixville visant à doter notre région d'une façon de faire impliquant l'ensemble des établissements partenaires intraréseau et interréseau.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.5)	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	292	354	327
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	6.34	6.54	9.25

Commentaires

La cible a été atteinte à la hauteur de 92%.

Il y a lieu de signaler que le nombre d'usagers desservis de même que le nombre d'interventions faites sont probablement sous-estimées. En effet, les fiches descriptives en usage excluent certains centres d'activités tels que 6562 et 7101 qui peuvent comporter des interventions de type accompagnement et soutien à l'intégration.

À cet égard, un monitorage régional de la prestation des usagers recevant des services psychosociaux nous indique les résultats suivants : 469 usagers présentant une déficience intellectuelle ont été desservis pour un total de 3 383 interventions, soit une augmentation de 42% par rapport au nombre d'interventions réalisées l'année précédente. Cette augmentation du volume d'activité était souhaitée.

Une analyse plus détaillée permettra de vérifier quelle proportion de ces activités sont de type accompagnement et soutien à l'intégration.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.5)	**Soutien à domicile – déficience intellectuelle**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	276	283	318

Commentaires

On constate un dépassement de la cible (+35 usagers), ce qui indique un accroissement de la demande pour ce type de programme.

Information complémentaire :
Au 31 mars 2006, 32 usagers sont en attente.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.5)	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	32	32	58
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	6.56	6.56	7.69

Commentaires

La cible a été largement dépassée.

Il y a lieu de signaler que le nombre d'usagers desservis de même que le nombre d'interventions faites sont probablement sous-estimés. En effet, les fiches descriptives en usage excluent certains centres d'activités tels que 6562 et 7101 qui peuvent comporter des interventions à domicile de type accompagnement et soutien à l'intégration.

À cet égard, un monitorage régional de la prestation des usagers recevant des services psychosociaux nous indique les résultats suivants : 126 usagers ont été desservis pour l'année de référence pour un total de 1 289 interventions, soit une augmentation de près du triple par rapport au nombre d'interventions réalisées l'année précédente. Cette augmentation du volume d'activité était souhaitable.

Une analyse plus détaillée de la répartition permettra de vérifier quelle proportion des activités sont de type accompagnement et soutien à l'intégration.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.5)	**Soutien à domicile – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe	57	48	76

Commentaires

La cible a été largement dépassée. On observe une augmentation de 33% du nombre d'usagers desservis par rapport à l'exercice précédent.

Information complémentaire :
Au 31 mars 2006, il y avait 7 usagers en attente.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.5)	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	9	6	15
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	7.6	20	8.7

Commentaires

La cible visée pour le nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive a été atteinte et dépassée.

Les résultats en regard du nombre moyen d'heures par semaine dans le cadre de l'approche d'intervention comportementale intensive (ICI) n'ont été que partiellement atteints.

Les ajustements requis pour satisfaire aux attentes exprimées par les parents, les absences des intervenants pour cause de formation, de maladies ou de congés divers, les ajustements nécessaires en terme de réseautage (entre 2e et 3e ligne au niveau régional), ont été parmi les principales causes de la non atteinte de la cible. Plusieurs révisions des processus et mode de fonctionnement ont été réalisés en cours d'année et des correctifs ont aussi été apportés.

Par ailleurs, il y a lieu de signaler que pour la période de référence considérée, 22 enfants âgés de 0-5 ans, dont certains ayant bénéficié de l'approche d'intervention comportementale intensive (ICI), ont aussi reçu des services de réadaptation dispensés par la clinique développementale de pédopsychiatrie et ce, pour un nombre moyen de 10 heures/semaine.

Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes	
Axe: (1.5)	**Services spécialisés – trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de jeunes âgées de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	38	41	44
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	23	17	24

Commentaires	
Les cibles visées ont été atteintes et dépassées.	
Nom : Sherley Jones	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.6 Le programme-services « Jeunes en difficulté »

Les faits saillants 2005-2006

Des services mieux ciblés en centre de santé et de services sociaux

L'année 2005-2006 aura permis aux centres de santé et de services sociaux de peaufiner leur offre de service de réadaptation pour les jeunes en difficulté, en ciblant mieux leur clientèle et en complétant leur programmation. Les objectifs des centres de santé et de services sociaux ont d'ailleurs été atteints quant au volume d'usagers à rejoindre bien que les efforts doivent se poursuivre pour une meilleure planification et une plus grande intensité de services. Brièvement, dans l'année, 13 % des jeunes en difficulté ont bénéficié d'un plan d'intervention, 29 % ont fait l'objet d'activités de concertation clinique avec des partenaires externes aux centres de santé et de services sociaux et l'intensité moyenne de services a été de dix-sept interventions. Ajoutons que l'utilisation d'outils standardisés pour évaluer les besoins de la clientèle est demeurée stable, avec 66 portraits synthèses du Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE) produits par l'Agence pour le compte de six centres de santé et de services sociaux.

Des défis relevés par le Centre jeunesse de l'Estrie

Les mouvements de personnel au sein de la Direction de la protection de la jeunesse ont augmenté le délai moyen d'attente à l'évaluation de la clientèle.

Par ailleurs, le Centre jeunesse de l'Estrie a amélioré de façon significative le délai à l'application des mesures et n'a connu aucun problème d'engorgement en unité de réadaptation. Le portrait synthèse du Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance (GRISE) est toujours utilisé pour l'évaluation des jeunes en troubles de comportement, ce qui facilite les échanges avec les centres de santé et de services sociaux. Enfin, le Centre jeunesse de l'Estrie a bénéficié d'un budget de développement de 152 000 $, lui permettant d'élaborer une offre de service spécifique pour les jeunes hébergés qui présentent des troubles mentaux.

Un investissement pour la clientèle en santé mentale de la Villa Marie-Claire

La Villa Marie-Claire a reçu un budget de 30 000 $ lui permettant de préciser son offre de service aux jeunes femmes présentant des problèmes de santé mentale.

Une deuxième équipe d'intervention jeunesse en Estrie

L'équipe d'intervention jeunesse du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog, qui en est à sa troisième année de fonctionnement, est intervenue auprès de 78 jeunes et de leur famille et a orchestré des plans de services individualisés pour 57 d'entre eux. La qualité des résultats obtenus par l'équipe de la MRC de Memphrémagog a mené à la création d'une deuxième équipe sur le territoire de la ville de Sherbrooke. L'Agence a alloué 150 000 $ au Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et 10 000 $ à chacun des établissements régionaux concernés pour soutenir la mise en place et le fonctionnement de cette nouvelle équipe.

Des services de supervision des droits d'accès consolidés

Dans le cadre des orientations nationales relatives aux services de supervision des droits d'accès pour les clientèles de la Cour supérieure, la Ligue pour l'enfance de l'Estrie a reçu une allocation de 10 000 $ afin de consolider les services qu'elle offre à la population de chacune des MRC de la région.

Une analyse des mécanismes de concertation « Jeunesse »

Au cours de l'année 2005-2006, les membres du Comité directeur « Enfance Famille Jeunesse » ont procédé à l'inventaire et à l'analyse des mécanismes de concertation locaux et régionaux qui soutiennent l'organisation de services auprès des jeunes et de leur famille.

L'entente de complémentarité MSSS-MELS : un chantier à consolider

Bien qu'un premier bulletin régional d'information sur l'entente de complémentarité MSSS-MELS (ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation, Loisir et Sport) ait été produit, les travaux régionaux concernant l'entente ont été ajournés en cours d'année, compte tenu des difficultés de fonctionnement des comités opérationnels prévention, jeunes en difficulté et personnes handicapées. Les membres de l'exécutif du Comité de concertation régionale se sont d'ailleurs rencontrés à deux reprises pour analyser cette situation, tout en faisant le constat de plusieurs initiatives locales pour chacun des trois axes. L'année 2006-2007 permettra de relancer le chantier.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.6)	**Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	4 590	4 893	4 207
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,71	7,84	7,64

Commentaires

Résultats :

La cible du nombre d'usagers a été atteinte à 86 %.
La cible du nombre moyen d'interventions a été atteinte à 97 %.

La non atteinte des cibles s'explique par le transfert de 606 usagers et 4 482 interventions aux programmes Santé mentale et DI-TED. Ces enfants et parents étaient desservis au sein du programme Jeunes en difficulté.

En conséquence, l'Agence demande une révision des points de départ 2006-2007 à 4 287 usagers et 8,12 interventions par année, par usager.

Nom : Sandra Brassard	**Date :** 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.6)	**Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	19,2	17,8	19,9
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	61,2	50	30,4
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	0	0	0

Commentaires

En 2005-2006, le délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse demeure plus élevé que celui visé, soit 19,9 jours comparativement à un engagement de 17,8 jours. Plusieurs facteurs expliquent cet écart :

- changements de directeurs à la Direction de la Protection de la jeunesse;
- nouveau gestionnaire au service de rétention et traitement des signalements (RTF);
- difficulté de recrutement du personnel et productivité réduite de ces nouveaux intervenants durant la période d'intégration.

Le délai moyen d'attente à l'évaluation devrait s'améliorer en 2006-2007 compte tenu de l'engagement d'un nouveau directeur à la direction de la protection de la jeunesse et de l'ajout d'un équivalent temps complet au service RTF. La capacité théorique est donc passée de 16 à 17 évaluations par semaine.

Par ailleurs, les cibles ont été atteintes pour le délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse, avec un délai moyen d'attente qui rejoint même la cible nationale (30,4 vs 30 jours), et le taux d'engorgement hebdomadaire dans les unités régulières en centre de réadaptation n'a jamais excédé 8 %.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.7 Le programme-services « Dépendances »

Les faits saillants 2005-2006

Les dépendances

Au cours de l'année 2005-2006, la consolidation des services spécialisés offerts aux jeunes et adultes toxicomanes par le Centre Jean-Patrice-Chiassson / Maison Saint-Georges s'est poursuivie grâce à un investissement annualisé de 74 000 $, et ce, particulièrement au niveau de la clientèle jeunesse. En effet, 124 jeunes ont été évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et les services internes de réadaptation sont de plus en plus sollicités par cette clientèle. Les visites des établissements mandatés pour offrir des services aux jeunes avec une problématique de dépendances qui nécessitent un autre type de traitement que celui offert en région ont été complétées. Dans l'année, cinq jeunes ont été admis dans ces ressources de réadaptation. Enfin, des travaux ont été amorcés afin de préciser la trajectoire de services pour toute clientèle toxicomane ou alcoolique.

Le jeu pathologique

En 2005-2006, les différentes stratégies du Plan d'action régional en jeu pathologique ont été maintenues. Ainsi, le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges a réussi à desservir 119 joueurs pathologiques et des organismes communautaires dans chacun des territoires locaux ont offert des services d'aide-entraide aux proches de joueurs pathologiques qui ne sont pas en traitement. En lien avec Loto-Québec et le Ministère, un projet-pilote a été amorcé sur le territoire du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog afin de développer une stratégie pour contrer les impacts négatifs sur la population dus au nombre élevé d'appareils loterie-vidéo.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.7)	**Services de première ligne - toxicomanies**

Objectifs de résultats 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	178	243	124

Commentaires

La cible n'a pas été atteinte car elle avait été mal établie.

En voici les raisons :

1. Les jeunes évalués avec un autre outil que l'IGT avaient été considérés par erreur.
2. Le ratio usagers / ETC utilisé pour l'allocation 2005-2006 était trop élevé.

En conséquence, une demande de révision du point de départ 2006-2007 à 134 jeunes est demandée.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006, l'engagement annualisé était de 243 jeunes.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.7)	**Jeu pathologique**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	140	140	119

Commentaires

La cible n'a pas été atteinte car elle avait été mal établie.

En voici la raison : 22 des 140 usagers rencontrés en 2005-2006 n'avaient jamais reçu de traitements spécialisés, l'intervention s'étant interrompue en cours d'évaluation.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.8 Le programme-services « Santé mentale »

Les faits saillants 2005-2006

La publication du Plan d'action ministériel 2005-2010 en santé mentale - La force des liens représente un événement marquant cette année en santé mentale et donne au réseau une direction claire sur la finalité de l'ensemble des actions.

Dans cette foulée, l'Estrie a amorcé les travaux reliés à la mise à jour des orientations régionales en santé mentale en vue de l'élaboration du volet santé mentale du projet clinique des instances locales. Neuf « focus group » ont ainsi permis de réunir, par communauté d'intérêt, différents partenaires concernés ainsi que des personnes utilisatrices de services et des personnes représentant les familles et les proches. Ces rencontres nous ont permis de mesurer leur adhésion aux orientations ministérielles dans les différents secteurs d'activités en santé mentale, de réagir à certaines données d'évaluation/recherche sur les meilleures pratiques et de recueillir leur point de vue sur l'état de situation des services ainsi que leurs suggestions d'amélioration de la situation, dans le meilleur intérêt de la clientèle desservie.

Les résultats seront intégrés à une analyse plus quantitative amorcée via l'opération « OASIS » qui devrait permettre d'estimer les activités et les dépenses en santé mentale en 2005-2006 par rapport aux attentes ministérielles.

Parallèlement, plusieurs démarches se sont poursuivies pendant l'année, dont la consolidation de services de première ligne en santé mentale jeunesse avec le soutien du Service de pédopsychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Les territoires de Sherbrooke et de Memphrémagog, principalement, ont travaillé très étroitement avec leurs partenaires scolaires dans ce dossier pour élaborer des ententes de services adaptées à leur réalité locale.

La mise en place d'une urgence psychiatrique régionale s'est aussi poursuivie, grâce à des investissements substantiels et à des travaux de mise en réseau des services, notamment en ce qui concerne les clientèles avec problématiques psychosociales ou à haut risque d'itinérance.

Enfin, un effort important a été déployé pour implanter un suivi de gestion rigoureux de la transformation des services en santé mentale à partir des indicateurs nationaux et régionaux retenus.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.8)	**Services de première ligne – santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	22	273	252
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	1654	1654	2 037

Commentaires

Usagers de moins de 18 ans :

Le nombre de jeunes avec troubles mentaux desservis en CSSS a augmenté de manière importante depuis l'an dernier.

L'écart à la cible 05-06 est de 21 jeunes et s'explique par :

- le changement des pratiques professionnelles en cours auprès de la clientèle jeunesse aux prises avec des troubles mentaux;
- les problèmes de recrutement de personnels dans deux CSSS périphériques.

Usagers de plus de 18 ans :

La cible 05-06 est dépassée. Par ailleurs, le nombre indiqué inclut, par erreur de codification, des parents d'enfants de troubles mentaux.

L'Agence demande une révision du point de départ 2006-2007 à 1 888 usagers.

Nom : Liane Savard | **Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.8)	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : – En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) – En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	218	223	172.5
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	0	52	47.5

Commentaires

Soutien d'intensité variable :
La cible a été atteinte à 77 %. L'écart à la cible s'explique par :
- les difficultés rencontrées par un CSSS dans la codification de la clientèle itinérante;
- des problèmes de recrutement de personnel dans deux CSSS.

Soutien intensif dans la communauté :
La cible est atteinte à 91 %. De l'absentéisme explique une partie de l'écart à la cible.

Nom : Liane Savard | **Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.9 Le programme-services « Santé physique »

Les faits saillants 2005-2006

Les services préhospitaliers d'urgence, le réseau de traumatologie et les mesures d'urgence

Les services préhospitaliers d'urgence

Les services ambulanciers de la région ont effectué 18 289 transports à la suite d'appels de la population et 4 786 transports interétablissements, totalisant 23 075 transports, soit une augmentation de 150 transports.

Le 1er avril 2005, le conseil d'administration de l'organisme à but non lucratif Centre de communication santé Estrie a été constitué. Des démarches ont débuté pour implanter le Système médicalisé de priorisation des appels.

Le réseau de traumatologie

Depuis la visite en 2004 du Groupe-conseil provincial en traumatologie, les services ambulanciers desservant les centres de santé et de services sociaux de Memphrémagog, de Coaticook et d'Asbestos transportent les traumatisés majeurs stables directement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke sans arrêter au centre hospitalier le plus près de leur territoire. Afin de s'assurer de la bonne marche de ce processus, les trois centres hospitaliers se sont engagés à établir un monitorage des traumatisés majeurs et mineurs qui se présentent dans leur établissement. Par ailleurs, le monitorage sur une période de six mois des rapports d'interventions des ressources ambulancières a permis de ne déceler aucune

détérioration ou aucun impact négatif sur la clientèle traumatisée transportée directement au centre de traumatologie régional, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, malgré la plus longue distance.

Les mesures d'urgence

Le nouveau Plan régional de sécurité civile – Mission santé a été adopté à l'assemblée du conseil d'administration du 22 juin 2005. Ce plan était autrefois appelé Plan régional des mesures d'urgence du réseau de la santé et des services sociaux. L'Agence a alors demandé aux établissements de mettre à jour leur plan de mesures d'urgence et de s'assurer de l'arrimage de ce dernier avec le Plan régional de sécurité civile – Mission santé. Un plan de mesures d'urgence a aussi été élaboré pour l'Agence et adopté à l'assemblée du conseil d'administration du 24 novembre 2005. Par ailleurs, en préparation à une éventuelle pandémie d'influenza, l'Agence a initié une démarche régionale par la mise en place de comités de planification et d'intervention dans tous les établissements du réseau de même qu'à l'Agence, afin d'établir une structure organisationnelle similaire à celle du Ministère.

Le Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie

En fonction depuis novembre 2001, ce service régional se veut un réseau ambulatoire de réadaptation ciblant la clientèle atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Institués afin de réduire de 30 % le nombre de visites à l'urgence et le nombre d'hospitalisations des personnes faisant partie du réseau, les services offerts visent le renforcement des compétences de la personne atteinte et de sa famille via des séances d'enseignement associées à un programme de réadaptation respiratoire et de suivi systématique. Au 31 mars 2006, 508 personnes atteintes étaient inscrites au Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie, soit une augmentation de 23 % par rapport à l'année précédente. Au cours de l'année 2005-2006, les taux de visites à l'urgence et d'hospitalisations par rapport au nombre d'infections se sont maintenus.

La réadaptation respirataoire

Le Programme de réadaptation respiratoire du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques de la région a débuté les activités physiques en gymnase le 5 avril 2005. Vingt-six patients ont participé jusqu'au 31 mars 2006. L'année 2006-2007 servira à consolider ces activités au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et à étudier la possibilité d'étendre ce programme au plan régional.

Le Programme d'intervention en maladies cardiaques

La réadaptation cardiaque

L'implantation d'un programme régional de réadaptation cardiaque et de cliniques satellites en insuffisance cardiaque a été retenue à notre plan d'action, suite aux recommandations du Comité régional en santé cardiovasculaire. Effectivement, les membres de ce comité avaient identifié ces mesures comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie de la clientèle atteinte ainsi que sur l'utilisation plus judicieuse des services en milieu hospitalier, plus particulièrement les visites à l'urgence et les hospitalisations.

Durant l'année 2005-2006, un total de 609 patients se sont inscrits au Programme régional de réadaptation cardiaque, dont 399 dans les différentes MRC de l'Estrie, et 210 au programme « CHUS-Actif ». Ceci représente une augmentation de 34 %.

L'insuffisance cardiaque

Au printemps 2006, le cadre de référence a été déposé concernant le déploiement des cliniques satellites en insuffisance cardiaque.

La formation des infirmières pivots de tous les centres de santé et de services sociaux a été réalisée au printemps 2006 et les activités débuteront en septembre 2006.

Il est à noter que les cibles prévues au Programme régional de services en santé cardiovasculaire comprennent à la fois la clientèle en réadaptation cardiaque et les insuffisants cardiaques.

Le Programme québécois de lutte contre le cancer

Dans le cadre du projet clinique, des travaux se sont poursuivis durant l'année 2005-2006 en vue d'élaborer les orientations régionales du volet sur le cancer et les soins palliatifs du programme-services « Santé physique ». Un état de situation de l'offre de service actuelle a été produit par l'Agence, en collaboration avec différents groupes de travail allant des services de première ligne, des services spécialisés et surspécialisés, du soutien ainsi que des soins palliatifs.

Suite au processus de consultation auprès des partenaires, les orientations et priorités régionales seront adoptées par le conseil d'administration de l'Agence à l'automne 2006.

Des infirmières pivot en oncologie ont été nommées dans tous les centres de santé et de services sociaux et au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Une formation leur a été offerte à l'hiver 2006.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.9)	**Services d'urgence**

Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : – Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; – 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Séjour moyen sur civière	10.0	11.80	10.3
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13.0	13	11.7
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2.1 %	2.0 %	1.7 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	2.8 %	2.5 %	1.5 %

Commentaires

Résultats

Les cibles pour tous les indicateurs ont été atteintes.

Discussion

Comme en 2004-2005, il y a eu une baisse des durées de séjour et ce, tant pour la clientèle régulière que celle de plus de 75 ans. Cette baisse est attribuée entre autres aux efforts déployés par chacun des établissements dans le cadre du plan d'action local CHUS – Établissements.

Mentionnons également que divers mécanismes sont en place pour mettre à contribution les partenaires de la première ligne. Des travaux tant en amont qu'en aval de l'unité d'urgence et ce, pour les programmes PALV, Services généraux et Santé mentale permettront d'optimiser la prise en charge et la continuité des soins auprès de ces clientèles.

De plus, des travaux visant à assurer un meilleur accès au médecin de famille suite à une visite à l'unité d'urgence ou après une hospitalisation démarreront sous peu.

Nom : Marie-France Fournier	**Date** : 31 mai 2006

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.9)	**Soins palliatifs**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 011	975	710
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,7	12,09	18,99

Commentaires

- Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile

  La cible est atteinte à 73 % en raison d'un changement dans la saisie des données.

  En 2005-2006, seuls les usagers ayant obtenu un pronostic médical de fin de vie ont été codés aux soins palliatifs. Cette application stricte de la définition a entraîné une diminution du nombre d'usagers inscrits aux soins palliatifs.

  Par ailleurs, les CSSS offrent un suivi en soins palliatifs à tous les usagers référés et aucun CSSS n'a de liste d'attente.

  L'ajout d'une infirmière pivot en oncologie en 2006-2007 permettra sans doute des références plus rapides aux services des CSSS voire une augmentation du nombre d'usagers référés en soins palliatifs.

- Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs.

  La cible est dépassée et ce, par tous les établissements.

Etant donné les difficultés de codification rencontrées en 2004-2005 et 2005-2006, l'Agence demande une révision des points de départ 2006-2007 à 864 usagers et 15,36 interventions / usager.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention : (1.9)	**Lutte contre le cancer**

Résultats attendus	Réduire à zéro le nombre de patients en attente de plus de 8 semaines pour des traitements de radio-oncologie

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines	0	0	0

Commentaires

La cible est atteinte.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention : (1.9)	Cardiologie tertiaire

Résultats attendus	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en hémodynamie

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Priorités 1 à 4 :	92%	92%	91%
Priorité 5 :	88%	75%	70%

Commentaires

Les résultats indiquent que les patients de priorité 1 à 4 en hémodynamie ont été traités à l'intérieur des délais prescrits.

Les resultats moindres pour les patients de priorité 5 en hémodynamie s'expliquent de la manière suivante :

- Des patients ont été mis en attente alors qu'ils étaient médicalement non prêts. Ces patients sont dorénavant exclus de la liste d'attente.
- Certains patients sont demeurés en attente après avoir reporté la date d'intervention prévue pour des motifs personnels. Dorénavant, le temps d'attente de ces patients repart à 0.
- Le code de priorité pour instabilité hémodynamique était attribué aux patients de l'urgence avant de vérifier l'effet des médicaments habituellement administré dans de telles situations. Dorénavant, le code de priorité sera attribué par la suite.
- Les services d'hémodynamie et d'électrophysiologie partagent la même salle et une plage horaire fixe. Cette contrainte entraîne une augmentation du temps d'attente. L'établissement examine présentement différentes avenues pour améliorer la situation.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention : (1.9)	Cardiologie tertiaire

Résultats attendus	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles 2005-2006	Résultats 2005-2006
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Priorités 1 à 3 :	70%	100%	96%
Priorité 4 et 5 :	74%	75%	89%

Commentaires

Les résultats indiquent que les patients en chirurgie cardiaque ont été traités à l'intérieur des délais prescrits. Il importe ici de souligner les progrès réalisés en chirurgie cardiaque au cours de la présente année.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe d'intervention : (1.9)	**Cardiologie tertiaire**

Résultats attendus	Traiter les patients à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Pourcentage de patients traités à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Priorités 1 et 2 :		100%	73%
Priorités 3 à 5 :		50%	31%

Commentaires

Les cibles en électrophysiologie ne sont pas atteintes.

Les résultats moindres s'expliquent de la manière suivante :

- Des patients ont été mis en attente alors qu'ils étaient médicalement non prêts. Ces patients sont dorénavant exclus de la liste d'attente.
- Certains patients sont demeurés en attente après avoir reporté la date d'intervention prévue pour des motifs personnels. Dorénavant, le temps d'attente de ces patients repart à 0.
- Les services d'hémodynamie et d'électrophysiologie partagent la même salle et une plage horaire fixe. Cette contrainte entraîne une augmentation du temps d'attente. L'établissement examine présentement différentes avenues pour améliorer la situation.

Nom : Denyse Lamontagne | **Date** : 31 mai 2006

Fiche de reddition de comptes

Axe: (1.9)	**Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	106	106	115
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	113	113	110
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 587	2 587	2 598
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	10 253	10 344	10 503
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	8 195	8 236	8 346

Commentaires

Les cibles sont atteintes pour tous les types de chirurgie sauf pour le remplacement total du genou :

- 110 chirurgies ont été réalisées pour 113 attendues au 31 mars 2006.

Au cours des deux dernières années, le nombre de chirurgies du genou a fluctué allant de 103 au 31 mars 2004 pour remonter à 113 au 31 mars 2005, puis diminuer à 110 au 31 mars 2006.

Le nombre de patients en attente au delà de 3 mois a légèrement diminué au cours de l'année 2005-2006, passant de 38 à 27 patients pour la chirurgie de la hanche et de 70 à 56 patients pour la chirurgie du genou au 31mars 2006.

L'objectif visé est d'accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie orthopédique afin qu'ils soient traités à l'intérieur des délais cliniquement acceptables. De meilleurs résultats sont attendus au cours de la prochaine année. Un plan d'action en orthopédie au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke est attendu pour le 30 juin.

Nom : Guylaine Lemieux	**Date** : 2006-05-29

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006*

4.10 Le Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés

Le Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés est un dossier relevant de la Table de concertation établissements/Agence qui a mandaté un comité d'implantation pour voir à sa diffusion et à son appropriation. En 2005-2006, le Comité régional d'implantation du Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés s'est réuni à cinq reprises, permettant ainsi d'adopter différentes mesures visant à faciliter la concertation clinique. Notamment, des travaux ont été menés afin de diffuser le cadre de référence dans les établissements et de soutenir son appropriation par les intervenants. En ce sens, un mécanisme de révision du cadre de référence a été déterminé, des outils cliniques ont été identifiés et, avec la collaboration du Centre de santé et de services sociaux de la MRC-d'Asbestos, un projet-pilote de formation a été mis sur pied pour les intervenants du programme-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement ». Enfin, la majorité des établissements de santé de la région ont adopté le Cadre de référence régional sur les plans de services individualisés et sont représentés sur le comité d'implantation. Quant aux partenaires intersectoriels, ils ont surtout été mis à contribution par une consultation sur le contenu du cadre de référence.

4.11 La gestion des bâtiments

L'année 2005-2006 s'est inscrite dans la poursuite de l'amélioration des budgets de maintien des actifs. Une somme additionnelle de 3,4 millions de dollars a été allouée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour assurer la réfection d'une partie du système électrique de l'Hôpital Fleurimont. Ce budget additionnel découle d'une décision du Ministère de rehausser le budget de maintien des actifs de l'Estrie de 5,2 millions de dollars à 10,2 millions par année. Ce niveau d'investissement correspond dorénavant aux normes reconnues dans le milieu, soit 2 % de la valeur de remplacement des immeubles.

Les tableaux suivants font état des principales acquisitions effectuées par les établissements de la santé et des services sociaux en 2005-2006.

Le fonds des immeubles	
Subventions	
▪ Subvention régulière	5 253 636 $
▪ Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont (réfection des panneaux électriques – ailes 1-2-3-4 et 5)	3 400 000
▪ Subvention pour le maintien des actifs de nature capitalisable	1 420 800
▪ Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog (Centre satellite en hémodialyse)	1 050 000
▪ Rénovations fonctionnelles mineures – autres missions que CHSLD	2 679 201
▪ Subvention et revenus d'intérêts	4 641 820
Total	**18 445 457 $**
Engagements	
▪ Projets de sécurité	4 795 311 $
▪ Projets de vétusté	2 043 948
▪ Projets de rénovation fonctionnelle	4 176 017
▪ Intérêts sur emprunts	4 639 954
Total	**15 655 230 $**

Le fonds des équipements	
Subventions	
▪ Subvention régulière	3 280 332 $
▪ Subvention pour les aides techniques	105 350
▪ Fondation canadienne pour l'innovation (CHUS – études multicentriques en cardiologie : 223 300 $; CHUS – mémoire immunitaire : 125 400 $; CHUS – recherche sur le vieillissement : 132 700 $; CHUS – infrastructure de support pour l'imagerie par résonance magnétique pour de petits animaux : 70 900 $; CHUS-GEREQ : 53 600 $)	605 900
▪ Équipement de technologie biomédicale (haute technologie)	3 640 000
▪ Équipements – soutien à domicile	473 557
▪ Équipements de technologie de l'information (imagerie diagnostique du RUIS de Sherbrooke)	412 200
▪ Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (mobilier et équipement – agrandissement de l'Hôpital Hôtel-Dieu)	3 571 108
▪ Subvention et revenus d'intérêts	150 693
Total	**12 239 140 $**
Engagements	
▪ Enveloppe régulière	3 233 089 $
▪ Aides techniques	105 350
▪ Fondation canadienne pour l'innovation	605 900
▪ Équipements pour la technologie de l'information	1 444 916
▪ Équipements de technologie biomédicale	4 160 673
▪ Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – mobilier et équipement – agrandissement de l'Hôpital Hôtel-Dieu	3 571 108
▪ Intérêts sur emprunts	148 178
Total	**13 269 214 $**

Fiche de reddition de comptes

Axe: (2)	**Gestion des bâtiments et des équipements**

Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	N/D	22.8	N/D
Consommation en giga joules par mètre carré	2.18	2.51	2.17

Commentaires

Taux de dépenses en administration et soutien

Les données régionales sur le taux des dépenses administratives seront disponibles le 30 juin 2006 lorsque les données auront été vérifiées.

Consommation d'énergie

L'important écart entre les résultats et les cibles s'explique en partie par le fait que la cible 2005-2006 était équivalente à la consommation de l'année 2002-2003. La consommation d'énergie des établissements a diminué progressivement, pour atteindre 2,17 Gj/m² en 2005-2006. L'évolution prévue par le MSSS s'illustre comme suit :

2004-2005 : 2,44 Gj/m²
2005-2006 : 2,36 Gj/m²
2006-2007 : 2,28 Gj/m²
2007-2008 : 2,21 Gj/m²
2008-2009 : 2,16 Gj/m²

Considérant que le résultat atteint cette année est près de l'objectif identifié pour 2008-2009 et pratiquement identique à celui de l'année précédente malgré un hiver peu rigoureux, il faudra être prudent dans l'identification de la cible 2006-2007.

Nom : Lyna Fortin	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

4.12 Les affaires médicales

Au cours du printemps 2006, la Direction régionale des affaires médicales et universitaires a vécu une restructuration avec l'ajout de deux professionnelles attitrées, soit une aux services médicaux de première ligne et l'autre aux services médicaux spécialisés. De plus, il s'est ajouté une secrétaire qui travaille trois jours par semaine pour collaborer avec les deux professionnelles de la direction.

En 2005-2006, les activités suivantes ont été réalisées :

- l'élaboration des plans régionaux triennaux (2006-2009) des effectifs médicaux pour les spécialistes;
- l'élaboration du projet de soutien aux services de première ligne en gastro-entérologie;
- l'élaboration du projet d'optimisation des ressources infirmières dans le transport interétablissement, volet coronarographie;
- l'élaboration d'un projet de prise en charge des valeurs critiques en médecine de laboratoire;

- la participation à l'élaboration des orientations régionales des projets cliniques en santé mentale et en santé physique (oncologie et soins palliatifs);
- la participation aux différentes tables intersectorielles (Direction de l'organisation des services, Direction de santé publique et de l'évaluation);
- la participation à la Table provinciale de biologie médicale (Agence - Réseau universitaire intégré de santé);
- la participation à la Table du réseau québécois de cardiologie tertiaire;
- la participation à la Table des ressources informationnelles (élaboration du Plan régional d'informatisation de l'Estrie);
- la participation à la Table des directeurs des services professionnels;
- la création de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée;
- la création du Comité sur le plan d'organisation des services médicaux spécialisés;
- la création du Comité sur l'organisation des services médicaux de première ligne;
- le support aux activités du Département régional de médecine générale.

4.13 L'accès aux services

Les services aux personnes d'expression anglaise

En 2005-2006, l'Agence a poursuivi l'actualisation des mesures prévues au plan d'action du Programme régional d'accessibilité des services en langue anglaise. Une enveloppe de 21 608 $ a été répartie entre sept établissements pour soutenir leurs activités en égard de la clientèle d'expression anglaise. Cette année, la priorité a été accordée aux projets de traduction de documents. Un projet régional de formation en anglais langue seconde a vu le jour en 2005-2006. Soutenu par des fonds fédéraux, le Projet McGill (2005-2008) a permis à onze établissements de la région de se partager 86 921 $. À cette première année, le personnel des services d'accueil et de réception a été ciblé. Des sessions de formation de différents niveaux et de différentes durées ont permis d'améliorer leur capacité de répondre à la demande des usagers d'expression anglaise.

Les services aux communautés culturelles

Trois établissements et deux organismes communautaires se sont partagé une enveloppe non récurrente de 23 697 $ pour soutenir les activités relatives à l'adaptation des services aux besoins des personnes immigrantes. Les allocations visaient à soutenir l'accès aux services d'interprètes, la traduction de documents en plusieurs langues et le soutien aux personnes ayant vécu des traumatismes de la guerre.

4.14 Les ressources humaines

4.14.1 La planification régionale de la main-d'oeuvre

La personnel salarié

L'Agence a poursuivi la concertation et les actions dans les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre au plan régional, notamment en soins infirmiers étant donné les pénuries d'effectifs plus criantes, réelles et anticipées dans cette catégorie de personnel. Un groupe de travail de la Table des responsables des ressources humaines a continué

l'actualisation du plan d'action régional en la matière. De plus, depuis 2005 des indicateurs portant sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié et visant les professions les plus susceptibles d'être touchées par la pénurie (30 titres d'emplois) sont disponibles. Ces outils fournissent des pistes d'analyse et de comparaison pour définir les orientations en ce qui a trait à l'organisation du travail, à la planification et à la gestion de la main-d'œuvre.

Voici quelques exemples d'actions posées :

- le pilotage du dossier par le Comité régional sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié (PMO-PS);
- la coordination régionale des stages, particulièrement pour le personnel en soins infirmiers et en soins d'assistance;
- la poursuite du Forum régional sur la planification de la main-d'œuvre du personnel salarié (PMO-PS – syndicats et établissements);
- des points régulièrement inscrits à la Table des responsables des ressources humaines et autres instances (Commission infirmière régionale de l'Estrie, Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie, Table de concertation établissements-Agence, Table des directeurs des soins infirmiers et responsables des soins infirmiers, comités d'Emploi-Québec Estrie, etc.);
- le financement de deux projets d'organisation du travail exportables au sein des établissements : premièrement, PLANETREE (humanisation des soins) par le Centre de réadaptation Estrie, au montant de 198 000 $; deuxièmement, PRIMOS (Projet régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé) par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, pour un montant de 320 000 $;
- l'actualisation d'un projet de publicité régionale (La Tribune – 26 parutions) portant sur des stratégies de promotion, de recrutement, d'attraction et de rétention;
- les activités de formation entourant le portait SIRH (Système d'information en ressources humaines), notamment la nouvelle version du progiciel de planification de la main-d'œuvre « 123 go PMO »;
- la participation de la région au Salon Priorité-Emploi de l'Estrie qui vise des actions promotionnelles en association avec nos partenaires principaux (Direction régionale d'Emploi-Québec Estrie, Direction régionale du ministère de l'Éducation, Loisir et Sport).

Fiche de reddition de comptes

Axe: (3)	**Personnel du réseau et du Ministère**

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	**Résultats 2004-2005**	**Cibles* 2005-2006**	**Résultats 2005-2006**
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,94 %	5,75%	6,05%

Commentaires

Le résultat 2005-2006 est basé sur le résultat de **13** établissements sur 16 seulement car les données pour 3 établissements ne sont pas encore disponibles. En effet, les données proviennent des données financières transmises à chaque période par les établissements ayant cette obligation.

À noter que le ratio final annualisé produit ultérieurement par le ministère pourra varier légèrement de la donnée indiquée ici à la période 13.

Les résultats montrent que la cible n'a pas été atteinte :

- 7 établissements sur 13 ont atteint leur cible, 2 sont très près de l'atteindre et 4 ne l'ont pas atteinte;
- certains établissements ont connu une augmentation de leur ratio dû à des problématiques de santé liées au vieillissement de leur main d'œuvre (problèmes physiques, maladies chroniques);
- un établissement a mis en place depuis plus d'un an des orientations et des actions en matière de gestion de la présence au travail qui ont conduit à une amélioration appréciable de leur situation.

Lorsqu'on compare les résultats à ceux de 2004-2005, on constate que 8 établissements sur 13 ont un ratio en baisse, 3 sont en écart de plus ou moins 0,20 et 2 ont un ratio en hausse.

Avant de conclure, il importe de tenir compte des éléments contextuels suivants :

- un établissement de petite taille peut voir son ratio se détériorer grandement même s'il n'a qu'une ou 2 personnes en assurance salaire – c'est la situation rencontrée par quelques établissements de notre région;
- un établissement ayant vécu l'intégration avec un autre établissement a vu sa performance affectée négativement par cette situation;
- enfin, le contexte de la loi 30 et autres lois du travail récemment en vigueur ont un impact négatif sur l'atteinte de la cible d'assurance salaire.

Nom : Thérèse Côté	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006*

4.14.2 Le développement régional des ressources humaines

En 2005-2006, l'Agence a réalisé de nombreuses activités de développement des compétences, tant auprès du personnel d'encadrement des établissements du réseau, des intervenantes et des intervenants de tous les programmes, des membres ainsi que des conseils d'administration des organismes communautaires.

Le personnel d'encadrement

Au cours de l'année 2005-2006, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie, dans le cadre de son mandat de comité aviseur à l'Agence, a poursuivi la mise en œuvre d'activités favorisant le développement des compétences du personnel d'encadrement. Ces activités permettent aussi la préparation et le développement des compétences de la relève du personnel d'encadrement.

Une proposition formulée par ce comité régional pour la répartition aux établissements du budget de développement 2005-2006 du personnel d'encadrement, tenant compte des orientations ministérielles, a permis de répartir aux établissements un montant de 270 000 $ pour réaliser les activités locales de développement des compétences.

Le budget régional a pour sa part permis de réaliser les activités suivantes :

- la poursuite des programmes de formation académique de premier et deuxième cycle en cours en Gestion et développement des organisations (certificat, diplôme et maîtrise);

- la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des impacts des programmes de formation académique offerts au personnel d'encadrement et à la relève, et ce, afin de confirmer les retombées de ces programmes et de consolider le transfert des acquis de ces programmes en établissement;

- la révision du profil de compétences du personnel d'encadrement afin de refléter les compétences nécessaires pour supporter la transformation du réseau de la santé et des services sociaux suite aux législations adoptées (loi 25, loi 30, loi 83).

En 2005-2006, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie a réalisé une enquête auprès du personnel d'encadrement afin de recueillir des données quantitatives et qualitatives sur les intentions de retraite de cette catégorie de personnel. Cette enquête a permis de confirmer l'urgence d'agir dans ce secteur car plus du tiers des membres du personnel d'encadrement de l'Estrie prévoit prendre une retraite au cours des cinq prochaines années. Des constats et pistes d'actions ont été soumis aux différentes instances de concertation du réseau.

L'Agence a de plus accompagné trois établissements dans la préparation d'un projet à soumettre au Ministère afin d'obtenir un financement pour des mesures en matière de prolongation de la vie professionnelle. Ces projets permettent l'identification et la réalisation d'activités visant la rétention du personnel d'encadrement et la préparation de la relève d'encadrement.

Les membres et les conseils d'administration des organismes communautaires

Comme par le passé, les programmes de formation continue pour les membres des organismes communautaires ont été une préoccupation tout au long de l'année. Notre partenariat avec les organismes du milieu a facilité l'organisation et la diffusion de plusieurs sessions de formation, soit :

- la poursuite du microprogramme de formation en gestion de premier cycle à l'intention des organismes communautaires ayant rejoint 28 personnes participantes (cohorte 2);

- trente-deux activités de formation dont ont bénéficié 372 personnes participantes dans le cadre du partenariat à cinq partenaires visant le développement des ressources humaines des organismes communautaires;

- la poursuite du Programme de soutien financier favorisant le financement d'activités de formation des huit secteurs d'activités et dans les six MRC ainsi que dans le territoire de la ville de Sherbrooke au sein des organismes communautaires;

- la participation (décisionnelle) du Comité régional de développement afin d'actualiser les objectifs du Plan régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires (PDRH – organismes communautaires).

Les intervenants et intervenantes du réseau

Afin de supporter les changements de pratique auxquels doit faire face le réseau de la santé et des services sociaux, l'Agence propose aux intervenants et intervenantes du réseau diverses activités et divers programmes en matière de développement des compétences. Au cours de l'année 2005-2006, l'Agence a assuré la réalisation d'activités et de programmes de développement des compétences dans plusieurs secteurs.

Comme par le passé, la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines a assuré la mise en commun des besoins de développement découlant de nouvelles orientations ministérielles ou encore des orientations régionales en matière de nouvelles approches, pratiques et technologies, et ce, dans la majorité des programmes ou secteurs, notamment : la santé mentale, la perte d'autonomie liée au vieillissement, l'enfance-jeunesse-famille, les mesures d'urgence, les dépendances et la toxicomanie, la santé publique, la gestion des risques (axe prévention des infections) et la santé physique.

La Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines a de plus assuré un support à la préparation des orientations régionales dans les deux projets cliniques suivants : les programmes-services « Perte d'autonomie liée au vieillissement » et « Services généraux ».

4.15 La qualité des services et la gestion des risques

4.15.1 La protection des droits des usagers et des usagères

Pour l'année 2005-2006, l'Agence a traité cinq plaintes, dont une toujours active au 31 mars 2006.

Les plaintes à l'endroit d'un organisme communautaire ou des services préhospitaliers

Au chapitre des plaintes formulées en première instance, on retrouve trois plaintes à l'endroit d'organismes communautaires et une plainte relative aux services préhospitaliers d'urgence.

Les plaintes à l'endroit d'une fonction de l'Agence

Cette année, une plainte portait sur les fonctions exercées par l'Agence relativement à l'organisation des services, soit l'accessibilité restreinte aux services du Centre de maternité de l'Estrie en raison du nombre insuffisant de sages-femmes exerçant en Estrie.

Les plaintes traitées par le Protecteur des usagers

Tout usager insatisfait des recommandations transmises par la Commissaire régionale à la qualité des services au terme de l'examen de sa plainte peut se prévaloir d'un recours auprès du Protecteur des usagers. Pour cette année, une plainte traitée en 2004-2005 par l'Agence a fait l'objet d'un examen en deuxième instance, sans que le bureau du Protecteur des usagers ne formule de recommandation particulière à l'Agence.

L'information et les droits

L'Agence a aussi traité 162 demandes d'assistance des usagers. Il s'agit soit, de plaintes portées à l'attention de l'Agence et qui sont réacheminées, avec le consentement de l'usager, à l'établissement concerné pour un traitement en première instance, soit de personnes à la recherche de médecins de famille. D'autres demandes ne visent pas la compétence de l'Agence (aide sociale, assurance-maladie, régie du logement, etc.) et les usagers sont alors orientés vers l'instance responsable.

La personne responsable de la gestion des plaintes a aussi reçu quatorze signalements concernant des résidences privées d'hébergement et deux signalements à l'endroit de ressources privées en alcoolisme et toxicomanie. Il s'agit là d'une collaboration attendue dans le cadre de référence du Protocole de traitement des plaintes en résidences privées d'hébergement.

Les citoyens et les citoyennes s'adressent de plus en plus souvent à l'Agence pour obtenir des informations relatives à l'organisation et à la dispensation des services de santé et des services sociaux. D'avril 2005 à mars 2006, plus de 830 demandes de renseignements ont été traitées par la Commissaire régionale intérimaire. Enfin, le site Internet de l'Agence permet la diffusion d'informations à une clientèle variée.

4.15.2 La qualité des services

Le Curateur public

En considérant l'année 2003-2004 comme année de référence, douze établissements de notre région ont reçu un rapport sur la qualité de vie et sur les services fournis aux personnes représentées par le Curateur public suite à une visite d'un groupe de travail. L'Agence s'est assurée de la réalisation des recommandations faites par le Curateur public auprès des établissements concernés afin de garantir la qualité des soins et des services fournis aux personnes desservies par le réseau.

Les rapports du Bureau du coroner

Afin de faciliter la tâche des coroners et de permettre aux recommandations formulées dans les rapports d'enquête et d'investigation d'avoir l'impact souhaité, certaines attentes ont été formulées envers le Ministère, les agences et les établissements par le Bureau du coroner.

Ces attentes sont décrites dans un document réalisé par le Ministère intitulé Processus de gestion et de reddition de comptes du suivi des rapports du Bureau du coroner.

Durant l'année 2005-2006, aucun rapport du Bureau du coroner n'a exigé de suivi par l'Agence auprès des établissements de l'Estrie.

Les visites d'appréciation de la qualité des services
en centre d'hébergement et de soins de longue durée

La Commissaire régionale intérimaire à la qualité des services participe à la démarche québécoise d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement. L'appréciation générale des milieux de vie visités porte sur l'ensemble des perceptions des groupes rencontrés (résidents, comités professionnels, employés, propriétaires de ressources et équipes de direction) et sur les observations réalisées par l'équipe de visite. Six visites ont ainsi été réalisées et l'Agence est aussi responsable du suivi des recommandations formulées par les équipes ministérielles.

En 2005-2006, tout en poursuivant les visites en centre d'hébergement pour deux installations, la démarche d'appréciation s'est étendue à quatre milieux non institutionnels, soit des ressources intermédiaires ou de type familial et les établissements gestionnaires auxquels elles sont rattachées.

La démarche devrait se poursuivre sur une base permanente.

4.15.3 La gestion des risques

La gestion des risques

Les personnes répondantes des établissements siégeant sur le Comité régional de gestion des risques se sont réunies à trois reprises.

Axe « Prévention des infections nosocomiales »

Dans le dossier de la prévention des infections nosocomiales, plusieurs travaux ont été réalisés. Mentionnons, entre autres, le suivi de l'application du protocole de transfert

d'usagers entre les établissements, la création d'affichettes sur les pratiques de base et les précautions additionnelles à prendre par le personnel et les visiteurs dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, la formation des médecins dans les différents territoires de la région, la mise en place d'un réseau d'échange et de soutien pour les infirmières dédiées à la prévention des infections nosocomiales visant le développement de l'expertise clinique.

Rappelons qu'une allocation budgétaire a permis aux centres d'hébergement et de soins de longue durée d'atteindre le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales selon la norme d'un équivalent temps plein de 250 lits de longue durée (centres d'hébergement de soins de longue durée).

Enfin, l'Agence s'est assurée de l'application des recommandations issues de la Table régionale de prévention des infections nosocomiales auprès des établissements de la région.

Axe « Prestation sécuritaire »

Afin de soutenir les établissements du réseau estrien dans l'application du projet de loi 113 (L.Q. 2002, c.71) modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux, une formation sur le Manuel de gestion des risques a été donnée par Mme Michelle Dionne, de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux, aux personnes répondantes des établissements et leurs collaborateurs.

Rappelons que les établissements ont les obligations suivantes :

- la formation d'un comité de gestion des risques et de la qualité;
- l'élaboration d'une politique de divulgation de tout accident;
- la déclaration de tout incident et accident;
- la constitution d'un registre local des incidents et accidents;
- la sollicitation de l'agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu.

Un état de situation réalisé pour le Ministère a révélé que l'ensemble des établissements de l'Estrie se sont conformés à ces obligations ou sont en voie de l'être sous peu.

Des travaux provinciaux sont en cours quant à la mise en place d'un système informatisé de la déclaration des incidents et accidents. De plus, trois personnes répondantes de ce dossier dans notre région ont participé à une formation provinciale visant à former les membres des comités de gestion des risques des établissements de l'Estrie au cours de la prochaine année.

Le bilan de gestion et d'imputabilité

Fiche de reddition de comptes

Axe: (4)	**Prévention des infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier courte durée – 1 ETP pour 133 lits de courte durée	100%	100%	100 % (4/4)
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée – 1 ETP pour 250 lits de longue durée	0%	100%	89 % (8/9)

Commentaires

Soins de courte durée

Les quatre établissements de notre région qui offrent des soins de courte durée rencontrent le ratio recommandé de professionnels en prévention des infections nosocomiales. Mentionnons qu'un établissement a embauché dans la dernière année des préposés en prévention des infections (PEP) pour l'équivalent d'un poste à temps complet. Il est prévu qu'à l'automne 2006, les PEP soient remplacés par un cinquième poste d'infirmière en prévention des infections.

Soins de longue durée

En ce qui concerne les établissements de longue durée, huit établissements sur neuf rencontrent le ratio recommandé de professionnels en prévention des infections nosocomiales.

Un établissement a conclu une entente de service avec un autre établissement car l'allocation budgétaire ne permettait pas le développement des compétences d'une ressource à l'interne. Un autre établissement a mis en place la moitié de l'allocation allouée.

Nom : Nathalie Léonard	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

Fiche de reddition de comptes

Axe: (4)	**Prestation sécuritaire des services**

Objectifs de résultats 2005-2010	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* [1] 2005-2006	Résultats 2005-2006
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	11/15	15/15	13/15
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	10/15	15/15	14/15
Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	13/15	15/15	15/15
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	12/15	15/15	15/15
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	7/15	15/15	15/15

Commentaires	
Le nombre d'établissements ayant mis en place des mesures spécifiques pour assurer la prestation sécuritaire des services a augmenté. - Concernant le comité de gestion de risques, la démarche est en cours pour les 2 établissements ne l'ayant pas mis en place et l'échéance est prévue en juin 2006 pour chacun. - En ce qui a trait à la politique de divulgation, la démarche est en cours pour l'établissement concerné (échéancier non déterminé). - Plusieurs établissements sont en attente des travaux nationaux pour la mise en place d'un registre informatisé de déclaration des incidents/accidents.	
Nom : Nathalie Léonard	**Date** : 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

[1] *La cible étant 100 % des établissements, inscrire dans cette colonne le nombre total d'établissements de la région pour pouvoir juger du degré d'atteinte de la mesure.*

4.15.4 Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques

En conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements doivent adopter un protocole d'application des mesures de contrôle qui tient compte des orientations ministérielles. L'utilisation de la contention, de l'isolement et de substances chimiques à titre de mesure de contrôle se fait de façon minimale et exceptionnelle et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Les personnes répondantes des établissements siégeant sur le Comité régional des mesures de contrôle se sont réunies à deux reprises. Un état de situation réalisé auprès des établissements démontre que quatorze établissements ont adopté un protocole conforme aux orientations ministérielles et sept sont en voie de le réaliser ou de le réviser.

Un cahier de directives sur l'encadrement de l'utilisation des mesures de contrôle (matériel de contention, évaluation de produits, guide pour la conception, guide d'aménagement d'une chambre d'isolement) a été produit par le Ministère et diffusé aux établissements. Un programme national de formation, visant la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle, est en élaboration et sera offert au cours de la prochaine année. De plus, les lignes directrices du Ministère sur l'utilisation des substances chimiques sont attendues sous peu.

5. Les organismes communautaires

5.1 Le respect des règles et des normes de gestion

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires, ainsi que les engagements du Ministère, ont été appliqués et respectés.

5.2 Le contrôle de la conformité

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes ayant fait une demande de soutien financier :

- le rapport financier et le rapport de vérification, lorsque requis, adoptés par l'assemblée générale de l'organisme;
- le rapport d'activités;
- une preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle et d'une séance publique d'information;
- la fiche synthèse des activités de l'organisme;
- les relevés statistiques appropriés pour les organismes orienteurs et les maisons d'hébergement.

5.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 124 organismes ont reçu un soutien financier dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires, soit en appui à la mission globale, en entente de service ou en projet ponctuel. Ces organismes œuvrent auprès de plusieurs clientèles qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités variées et nombreuses.

Les faits marquants de l'année 2005-2006 sont :

- la poursuite des travaux d'harmonisation entre le Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et l'Agence dans le cadre du plan d'action du Ministère relatif aux cadres régionaux;

- la consultation menée auprès du milieu communautaire relativement à ce cadre régional, notamment en regard des modalités d'allocation des budgets destinés aux organismes;

- l'indexation de 2,2 % appliquée au financement des organismes;

- l'allocation aux organismes de 14 % des budgets de développement des services dans le milieu;

- parmi les cinq demandes de reconnaissance reçues, trois organismes ont été reconnus dans le domaine de la santé et des services sociaux, soit le Mouvement d'aide paralysie cérébrale, le Mental Health Estrie et l'A.R.C.H.E. de l'Estrie.

6. Les données financières

6.1 Le rapport de la direction

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

Sherbrooke, le 22 septembre 2006

Les états financiers condensés de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers condensés de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

M. Normand Couture
Directeur des ressources financières, informationnelles et matérielles

6.2 Les états financiers de l'Agence

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 9 juin 2006. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 22 septembre 2006

6.2.1 *Les états des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2006*

Résultats du fonds d'exploitation	2006	2005
Revenus		
Subventions du Ministère	6 341 409 $	6 423 322 $
Autres revenus	300 046	205 137
Total des revenus	**6 641 455 $**	**6 628 459 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	5 133 474 $	5 023 420 $
Autres dépenses	1 399 094	1 285 644
Total des dépenses	**6 532 568 $**	**6 309 064 $**
Excédent (Déficit)	**108 887 $**	**319 395 $**

Résultats du fonds des activités régionalisées	2006	2005
Revenus		
Contributions des établissements	1 593 152 $	1 772 370 $
Autres revenus	2 508 804	703 975
Total des revenus	**4 101 956 $**	**2 476 345 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	1 763 768 $	1 423 981 $
Autres dépenses	2 183 542	1 081 793
Total des dépenses	**3 947 310 $**	**2 505 774 $**
Excédent (Déficit)	**154 646 $**	**(29 429 $)**

6.2.2 *Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2006*

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	Fonds des immobilisations
	Activités principales	Avoir propre		
Solde créditeur - au début	**339 566 $**	**389 480 $**	**51 278 $**	**2 127 723 $**
Additions				
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	108 887 $	47 139 $	154 646 $	
Régularisations - analyse financière				
Régularisations - autres	2 855		382 838	
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :				
Fonds d'exploitation - Activités principales				27 079 $
Fonds affectés				8 030
Acquisitions d'immobilisations par des activités régionalisées				186 633
Total des additions	**111 742 $**	**47 139 $**	**537 484 $**	**221 742 $**
Déductions				
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits				
Régularisations - analyse financière				
Régularisations - autres	83 644 $		378 484 $	
Total des déductions	**83 644 $**		**378 484 $**	
Variation de l'exercice	**28 098 $**	**47 139 $**	**159 000 $**	**221 742 $**
Solde créditeur - à la fin	**367 664 $**	**436 619 $**	**210 278 $**	**2 349 465 $**

6.2.3 *Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2006*

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2006	2005	2006	2005	2006	2005
Actif						
Encaisse	1 180 869 $	950 456 $	624 774 $	--- $		
Débiteurs	223 759	342 880	122 028	144 277		
Autres éléments	49 059	28 076	98 853	21 072		
Immobilisations					2 349 465 $	2 127 723 $
Total de l'actif	**1 453 687 $**	**1 321 412 $**	**845 655 $**	**165 349 $**	**2 349 465 $**	**2 127 723 $**
Passif						
Découvert de banque	--- $	--- $	--- $	81 859 $		
Créditeurs et charges à payer	520 164	508 866	635 377	32 212		
Autres éléments	129 240	83 500	---	---		
Total du passif	**649 404 $**	**592 366 $**	**635 377 $**	**114 071 $**	**--- $**	**--- $**
Solde de fonds	**804 283 $**	**729 046 $**	**210 278 $**	**51 278 $**	**2 349 465 $**	**2 127 723 $**
Total du passif et du solde du fonds	**1 453 687 $**	**1 321 412 $**	**845 655 $**	**165 349 $**	**2 349 465 $**	**2 127 723 $**

6.2.4 *Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2006*

Bilan combiné	Fonds affectés	
	2006	2005
Actif		
À court terme		
Encaisse	2 207 519 $	3 340 305 $
Débiteurs	41 974 894	30 258 509
Autres éléments	---	270 708
Total - Actif à court terme	44 182 413	33 869 522
À long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	75 058 765	78 674 345
Total de l'actif	**119 241 178 $**	**112 543 867 $**
Passif		
À court terme		
Découvert et emprunts de banque	16 259 239 $	10 356 968 $
Créditeurs et charges à payer	15 783 988	11 276 119
Autres éléments	---	248 372
Total - Passif à court terme	32 043 227	21 881 459
Dette à long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	75 058 765	78 674 345
Total du passif	**107 101 992 $**	**100 555 804 $**
Solde de fonds	**12 139 186 $**	**11 988 063 $**
Total du passif et du solde de fonds	**119 241 178 $**	**112 543 867 $**

6.2.5 *L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2006*

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Réorganisation des services	Autres fonds affectés	Total 2006	Total 2005
Solde de fonds au début	**5 830 597 $**	**2 235 215 $**	**589 488 $**	**672 733 $**	**110 923 $**	**2 549 107 $**	**11 988 063 $**	**5 628 039 $**
Augmentation								
Subventions du ministère	18 443 591 $	12 236 625 $	10 971 178 $	84 308 $	52 344 $	24 989 336 $	66 777 382 $	61 993 151 $
Revenus d'intérêts	1 866	2 515	12 524	13 901	2 266	88 963	122 035	129 904
Autres			3 743 795	194 167	188 715	135 062	4 261 739	6 483 993
Total	**18 445 457 $**	**12 239 140 $**	**14 727 497 $**	**292 376 $**	**243 325 $**	**25 213 361 $**	**71 161 156 $**	**68 607 048 $**
Diminution								
Attributions et intérêts sur emprunts	14 980 230 $	13 269 215 $	769 300 $	165 764 $	149 316 $	287 556 $	29 621 381 $	22 837 078 $
Contrats à budget			12 421 716			---	12 421 716	12 145 722
RTSS-Facturation provinciale						21 050 991	21 050 991	20 766 474
Autres	675 000		1 553 324	374 285	199 672	5 113 664	7 915 945	6 497 750
Total	**15 655 230 $**	**13 269 215 $**	**14 744 340 $**	**540 049 $**	**348 988 $**	**26 452 211 $**	**71 010 033 $**	**62 247 024 $**
Solde de fonds à la fin	**8 620 824 $**	**1 205 140 $**	**572 645 $**	**425 060 $**	**5 260 $**	**1 310 257 $**	**12 139 186 $**	**11 988 063 $**

6.2.6 *L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2006*

Enveloppe régionale	2006	2005
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	534 642 263 $	498 700 314 $
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	12 099 662	10 115 881
Total	**546 741 925 $**	**508 816 195 $**
Affectation de l'enveloppe régionale		
Allocations aux établissements	516 637 680 $	482 311 456
Allocations aux organismes communautaires	12 700 340	11 781 387
Estimé des comptes à payer pourvus en fin d'exercice	3 261 459	3 400 197
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**532 599 479 $**	**497 493 040 $**
Fonds affectés : Montant attribué	12 099 662 $	10 115 881 $
Autres	2 042 784	1 207 274
Total	**546 741 925 $**	**508 816 195 $**

6.2.7 *Les notes aux états financiers condensés*

Note 1 – Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

- aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

- les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

- de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

- pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

- pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquent ne sont pas toujours reportées;

- aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

- les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

- les contrats de location-acquisition intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

- l'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée;

- les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

- la dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

La comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

- le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

- le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;

- les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

L'attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

L'état des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

L'avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Les immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Les revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

- subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

- subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

- subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Les régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

Note 3 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
• Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	27 079 $	11 657 $
Fonds des activités régionalisées :		
• Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	186 633 $	168 192 $
Fonds affectés :		
• Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	8 030 $	8 501 $

Note 4 – Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 20 000 000 $, au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,30 %, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de 30 jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêts au taux préférentiel de la Banque moins 1 %.

La convention de crédit est renégociable le 31 octobre 2007.

Au 31 mars, les emprunts se répartissent ainsi :

	2006
• Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires majoré de 0,30 %. Le taux en vigueur au 31 mars 2006 est de 3,87 %.	15 546 085 $
• Emprunt sur marge de crédit au taux préférentiel moins 1 %. Le taux en vigueur au 31 mars 2006 est de 5,50 %.	683 355
	16 229 440 $

Note 5 – Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2006	2005
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 4,823 %, remboursable par versements annuels de 717 024 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009.	9 082 508 $	9 799 532 $
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 3,889 %, remboursable par versements annuels de 215 764 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juillet 2007.	2 979 919	3 195 683
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	5 347 071	5 759 104
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012.	1 385 019	1 447 974
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %, remboursable par versements annuels de 291 496 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	5 829 920	6 121 416
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %, remboursable par versements annuels de 914 757 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	2 744 271	3 659 029
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 5,713 %, remboursable par versements annuels de 670 401 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en juin 2006.	9 176 077	9 846 477
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 5,824 %, remboursable par versements annuels de 253 676 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	3 216 593	3 470 270
▪ Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011.	7 787 621	---
▪ Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	22 036 702	30 327 250 $
▪ Emprunt, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % (3,87 % au 31 mars 2006), financé sur marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	1 774 170	3 591 223
▪ Emprunt, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % (3,87 % au 31 mars 2006), financé sur marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	3 698 894	1 456 387
Sous-total	**75 058 765 $**	**78 674 345 $**
Tranche échéant à moins d'un an	**(18 945 554 $)**	**(16 876 265 $)**
TOTAL	**56 113 211 $**	**61 798 080 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

- 2007 ..... 18 945 554 $
- 2008 ..... 10 106 503

▪ 2009	11 381 939
▪ 2010	13 021 016
▪ 2011	4 986 846
	58 441 858 $

Note 6 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Note 7 - Provision pour vacances et congés de maladie

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques de vacances et congés de maladie cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006	2005
▪ Vacances	553 701 $	612 490 $
▪ Congés de maladie	47 124	50 292
	600 825 $	**662 782 $**

Note 8 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 9 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de baux à long terme échéants à diverses dates jusqu'au 31 mars 2011 pour des biens loués. Ces baux comportent, dans certains cas, une option de renouvellement de cinq ans.

La dépense de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces biens loués s'élève à 129 872 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

▪ 2007	164 641 $
▪ 2008	139 075 $
▪ 2009	107 636 $
▪ 2010	47 274 $
▪ 2011	21 161 $
	479 787 $

Note 10 – Réserve de fonds – Fonds affecté des services préhospitaliers d'urgence

Le Ministère a autorisé l'Agence à utiliser une somme de 149 560 $ du solde de fonds affecté des services préhospitaliers d'urgence. Cette somme sera affectée au financement de quatre activités au cours du prochain exercice :

▪ Projet de triage DRS	95 000 $
▪ Achat des répéteurs	21 928
▪ Sécurisation des sites d'antenne	24 332
▪ Achat de radios portatifs	7 800
	149 560 $

Au 31 mars 2006, les calendriers d'activités sont établis pour tous les points. L'Agence a entrepris des démarches mais aucune entente ou contrat n'était conclu au 31 mars 2006. Par conséquent, aucune charge ou passif n'a été comptabilisé relativement à ces dépenses.

6.3 Les allocations des ressources financières aux établissements

6.3.1 Les allocations 2005-2006

En 2005-2006, les revenus des établissements ont été de 598 402 693 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et les ventes de services, dont 589 909 422 $ pour les établissements publics et 8 493 271 $ pour les établissements privés conventionnés. Vous trouverez au tableau suivant le détail de ce budget par établissement ainsi que les surplus et déficits pour l'exercice 2005-2006 et 2004-2005. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a une autorisation de déficit de 4 700 000 $; il a donc respecté son cadre budgétaire. De plus, il a remboursé en 2005-2006, le déficit non autorisé réalisé en 2004-2005 de 472 774 $.

L'allocation des ressources financières aux établissements
Résultat des exercices 2005-2006 et 2004-2005

	2005-2006			2004-2005
Nom de l'établissement	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit) des activités principales	Surplus (déficit) des activités principales
	$	$	$	$
Établissements publics				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	278 073 086	282 412 499	(4 339 413)	(5 172 774)
Centre jeunesse de l'Estrie	36 321 966	36 316 634	5 332	252 440
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	3 968 019	3 876 235	91 784	(23 224)
Centre d'accueil Dixville	6 237 818	6 204 592	33 226	1 728
Centre Notre-Dame-de-l'Enfant (Sherbrooke)	15 097 247	15 015 329	81 918	25 939
Centre de readaptation Estrie	15 944 239	15 836 130	108 109	25 490
Centre de sante et de services sociaux - Institut universitaire de geriatrie de Sherbrooke	111 043 280	111 042 755	525	(2 556 161)
Centre de sante et de services sociaux des Sources	17 383 892	17 392 453	(8 561)	(17 993)
Centre de sante et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	13 323 548	13 321 100	2 448	1 567
Centre de sante et de services sociaux du Granit	23 501 827	23 484 886	16 941	429 716
Centre de sante et de services sociaux du Haut-Saint-François	14 048 392	13 967 007	81 385	61 220
Centre de sante et de services sociaux du Val-Saint-François	18 563 137	18 503 780	59 357	22 997
Centre de sante et de services sociaux de Memphremagog	36 402 971	36 236 691	166 280	12 659
Total partiel	589 909 422	593 610 091	(3 700 669)	(6 936 396)
Établissements privés conventionnés				
Maison Reine-Marie	..	..	..	(42 198)
Villa Marie-Claire	1 277 043	1 267 264	9 779	38 077
Centre d'hebergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	3 791 405	3 706 484	84 921	1 161
La Maison Blanche de North Hatley	3 424 823	3 297 138	127 685	85 350
Total partiel	8 493 271	8 270 886	222 385	82 390
Total global	**598 402 693**	**601 880 977**	**(3 478 284)**	**(6 854 006)**

6.3.2 *Les autorisations d'emprunt*

L'Agence a recommandé au Ministère quinze autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2005-2006. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2006.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2006		
Budget régional	**Montant total des budgets**	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	547 927 096 $	
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**
Dépenses courantes de fonctionnement		
▪ Traitement différé	165 000 $	0.0302 %
▪ Équilibre budgétaire	29 225 000	5.3338
▪ Ajustement régional	1 210 000	0.2208
▪ Tierce responsabilité	165 000	0.0302
Dépenses en immobilisations		
▪ Rénovations autofinancées	3 154 635 $	0.5757 %
▪ Acquisitions financées par des activités accessoires	51 000	0.0093
Total	**33 970 635 $**	**6.2000 %**

Le total des autorisations d'emprunt a augmenté de près de 9,6 millions de dollars en 2005-2006, passant de 24,3 millions au 31 mars 2005 à 33,9 millions au 31 mars 2006.

6.3.3 *L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire*

Après discussion avec le Ministère, le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder, pour 2005-2006, la somme de 4 731 096 $. Le tableau suivant indique que la cible budgétaire a été respectée.

	2005-2006		
Établissements publics	**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montant réel de déficit**	**Écart**
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	4 731 096 $	4 339 413 $	391 683 $

Nous devons souligner les efforts remarquables déployés par les établissements en 2005-2006 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence.

Fiche de reddition de comptes	
Axe:	**Équilibre budgétaire**

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	Résultats 2004-2005	Cibles* 2005-2006	Résultats 2005-2006
Résultat d'exploitation	(5 170 537 $)	(4 731 000 $)	(4 731 000 $) *

Commentaires	
* Résultats non vérifiés. Les données finales seront disponibles le 30 juin 2006. La cible d'équilibre budgétaire est atteinte.	
Nom : Jean Proteau	**Date** Le 31 mai 2006

**Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2005-2006.*

6.4 L'allocation des ressources financières aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2004-2005 Base annuelle	2005-2006 Base annuelle
Maintien à domicile		
• Aide communautaire de Lennoxville et des environs	165 678 $	185 299 $
• Centre d'action bénévole du Granit	168 498	172 205
• Carrefour du partage de Magog, Centre d'action bénévole	107 557	109 923
• Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	150 424	153 734
• Centre d'action bénévole de Windsor	91 842	93 863
• Centre d'action bénévole du Haut-St-François	198 722	203 093
• Centre d'action bénévole R. H. Rediker	106 990	109 344
• Centre de bénévolat de Richmond	87 200	89 118
• Centre d'action bénévole Valcourt et région	82 297	84 107
• L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	140 498	143 588
• La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	153 081	156 448
• La Société Alzheimer de l'Estrie	---	81 680
• Parrainage civique de l'Estrie	105 096	107 409
• Rayon de soleil de l'Estrie	63 330	64 724
• Le Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	183 326	228 430
• Sercovie	203 697	208 179
• Les Soins palliatifs La Rose des vents de l'Estrie	109 672	152 639
Total	**2 117 908 $**	**2 343 783 $**
Promotion et services à la communauté*		
• Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie	152 491 $	155 846 $
• Aide communautaire de Lennoxville et des environs (personnes âgées)	10 252	10 478
• Animation Jeunesse Haut Saint-François	21 637	22 113
• Association de la fibromyalgie de l'Estrie	29 333	29 979
• Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	17 459	44 073
• Association de parents PANDA de l'Estrie	92 399	94 432

Organismes communautaires	2004-2005 Base annuelle	2005-2006 Base annuelle
▪ Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle	70 563	72 115
▪ Association de spina bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	26 557	27 141
▪ Association des accidentés cérébro-vasculaires ou traumatisés crâniens de l'Estrie	136 413	139 414
▪ Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	66 966	68 439
▪ Association des sourds de l'Estrie	23 512	24 029
▪ Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A) Estrie (05)	23 579	24 098
▪ Association du syndrome de Down de l'Estrie	42 881	43 824
▪ Association Épilepsie-Estrie	18 325	18 728
▪ Association estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées	2 000	2 044
▪ Association québécoise pour les enfants atteints d'audi-mutité – chapitre Estrie	43 808	44 772
▪ Au point 14-18 de Danville	66 966	68 439
▪ Azimut-Nord	26 712	27 300
▪ Banque alimentaire Memphrémagog	40 808	41 705
▪ Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke	42 334	43 266
▪ Carrefour du partage de Magog, Centre d'action bénévole (personnes âgées)	1 000	1 022
▪ Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	26 862	27 453
▪ Centre d'action bénévole de Sherbrooke	154 857	158 264
▪ Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook (CAB)	7 198	7 356
▪ Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook (familles)	14 882	15 811
▪ Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook (personnes âgées)	3 839	3 923
▪ Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	9 967	10 186
▪ Centre d'action bénévole de Windsor (aînés)	3 784	3 867
▪ Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	8 861	9 056
▪ Centre d'action bénévole du Granit (personnes âgées)	8 982	9 180
▪ Centre d'action bénévole du Haut St-François (CAB)	9 691	9 904
▪ Centre d'action bénévole du Haut St-François (personnes âgées)	7 075	7 231
▪ Centre d'action bénévole R. H. Rediker (CAB)	8 861	9 056
▪ Centre d'action bénévole R. H. Rediker (familles)	15 945	16 296
▪ Centre d'action bénévole R. H. Rediker (personnes âgées)	4 500	4 599
▪ Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, Sherbrooke	226 022	230 994
▪ Centre d'entraide plus de l'Estrie	41 937	42 860
▪ Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (familles)	6 943	7 096
▪ Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (violence)	78 641	80 371
▪ Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	13 915	14 221
▪ Centre de bénévolat de Richmond (personnes âgées)	3 527	3 605
▪ Centre d'action bénévole Valcourt et région (CAB)	8 861	9 056
▪ Centre d'action bénévole Valcourt et région (personnes âgées)	3 217	3 288
▪ Centre d'action bénévole Valcourt et région (familles)	- --	903
▪ Centre de santé des femmes de l'Estrie	84 655	86 517
▪ Centre des femmes de la M.R.C. du Granit	101 288	114 932
▪ Centre des femmes du Val-Saint-François	111 413	124 426
▪ Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	11 198	11 444

Organismes communautaires	2004-2005 Base annuelle	2005-2006 Base annuelle
• Centre des femmes La Parolière	101 310	114 953
• Centre des femmes - Lennoxville et environs	101 273	114 918
• Centre des femmes Memphrémagog	106 354	119 728
• Centre des jeunes de Lennoxville	66 966	68 439
• Centre l'Élan	119 539	122 169
• Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	101 212	114 860
• Centre Regroupement Jeunesse Rock-Forest	61 427	62 779
• Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	145 817	149 025
• Corporation Jeunesse Memphrémagog	76 204	77 880
• Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	37 473	38 297
• Diabète Estrie	13 315	13 608
• Élixir ou l'Assuétude d'Ève	102 638	104 896
• Espace-Estrie	109 098	111 498
• Famille Espoir	12 008	12 272
• Famille Plus	12 008	12 272
• Fleurs au soleil Maison de thérapie	18 396	4 599
• Intervention régionale et information sur le SIDA – (I.R.I.S. – ESTRIE)	205 161	209 674
• JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	298 283	304 845
• L'Autre-Rive	115 541	118 083
• L'Ensoleillée : ressource communautaire en santé mentale	94 884	96 971
• L'Escale de l'Estrie	501 769	543 389
• La Bouée régionale Lac-Mégantic	409 163	447 320
• La Chaudronnée de l'Estrie inc.	28 917	29 553
• La Cordée transit de jour	230 363	235 431
• La Croisée des sentiers	88 206	90 147
• La Cuisine Amitié de la M.R.C. d'Asbestos	32 803	33 525
• La Grande table	16 240	16 597
• La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	30 000	40 660
• La Maison Caméléon de l'Estrie	35 513	36 294
• La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	14 984	15 314
• La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 220	4 313
• La Maison de la famille du Granit	18 072	19 177
• La Maison des jeunes Actimaje	66 966	68 439
• La Maison des jeunes de Coaticook	66 966	68 439
• La Maison des jeunes de l'Or Blanc	78 039	79 756
• La Maison des jeunes de la St-François	89 116	91 077
• La Maison du point tournant	53 802	54 985
• La Méridienne 1990	403 834	449 363
• La Passerelle de Weedon	106 338	119 712
• La Société Alzheimer de l'Estrie	83 821	44 765
• La Source-Soleil	270 143	275 482
• Le Club Étincelles de bonheur de la MRC du Haut Saint-François	46 508	47 531
• Le Comité de la relève de Scotstown	8 736	8 928
• Le Domaine de la sobriété	94 137	96 208
• Le Pont, organisme de justice alternative	271 464	277 436
• Le Rivage du Val St-François	109 864	112 281
• Le Seuil de l'Estrie	134 967	155 936
• Les Fantastiques de Magog	48 524	49 592
• Les Grands frères et grandes soeurs de Sherbrooke	7 478	8 316
• Les Jeunes du coin d'Ascot	66 966	68 439
• Les Cuisines collectives du Haut Saint-François	31 079	31 763
• Les Soupapes de la bonne humeur	55 917	57 147

Organismes communautaires	2004-2005 Base annuelle	2005-2006 Base annuelle
• Les Tabliers en folie	47 623	48 670
• Maison de la famille de Sherbrooke	1 619	1 655
• Maison de la famille Memphrémagog	13 666	15 293
• Maison des grands-parents de Sherbrooke	3 558	3 636
• Maison des jeunes de Fleurimont	8 120	10 698
• Maison des jeunes de Waterville : Les Pacifistes	24 879	25 427
• Maison des jeunes l'Initiative	66 966	68 439
• Maison Jeunes-Est	147 671	150 920
• Marraine Tendresse de l'Estrie	2 000	2 044
• Moisson Estrie	34 054	34 803
• MomentHom Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	2 000	2 044
• Naissance Renaissance Estrie	69 340	76 685
• Parrainage civique de l'Estrie (jeunesse)	14 121	14 432
• Parrainage civique de l'Estrie (p.âgées)	3 500	3 576
• Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	---	10 698
• Points jeunesse du Granit	77 257	78 957
• Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	65 533	80 910
• Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	15 126	15 459
• Regroupement des organismes communautaires (ROC) de l'Estrie	49 659	50 752
• Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie	14 220	14 533
• Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	3 674	3 755
• Ressource communautaire en santé mentale « L'Éveil »	88 370	90 314
• S.O.S. Grossesse (Estrie)	62 538	63 914
• S.P.E.C. Tintamarre	151 453	154 785
• Secours-Amitié (Estrie)	97 852	100 005
• Séjour La Bonne Oeuvre	404 349	428 342
• Sercovie (personnes âgées)	25 577	26 139
• Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	59 940	61 259
• Société de l'autisme et des T.E.D. de l'Estrie (S.A.T.E.D.E.)	23 749	24 272
• Spot Jeunesse de Sherbrooke	66 966	68 439
• Unité Domrémy d'Asbestos	32 986	33 712
• Unité Domrémy Danville-Shipton	17 165	17 543
• Unité Domrémy De Windsor	11 076	11 320
• Virage Santé Mentale	94 250	96 323
• Zone Libre Memphrémagog	62 662	64 040
Total	**9 200 257 $**	**9 628 026 $**

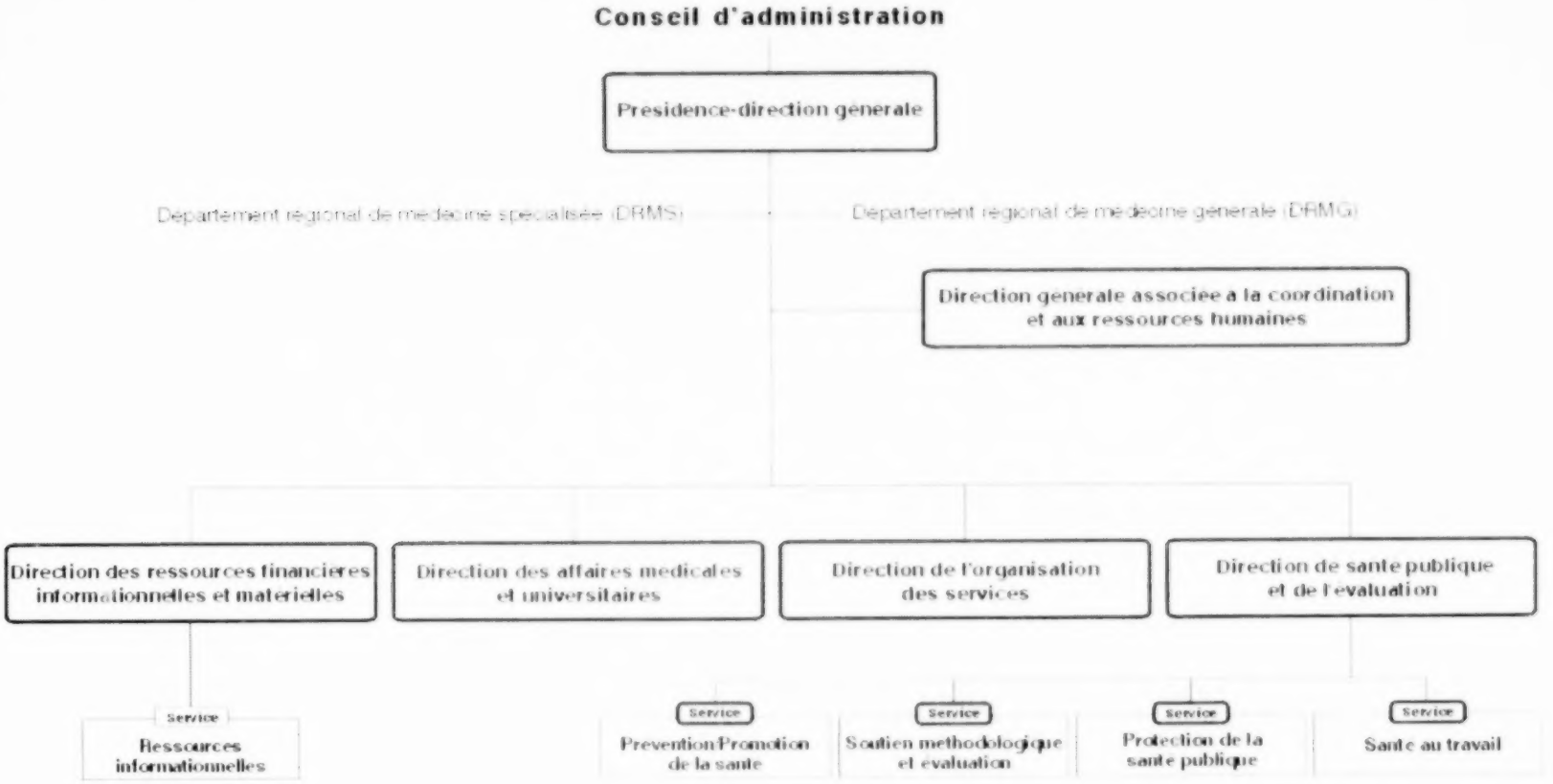
Nombre d'organismes soutenus en 2005 2006 : 124

* On retrouve dans cette section plusieurs des organismes déjà identifiés dans la section « Maintien à domicile ». De plus, certains organismes sont identifiés plus d'une fois parce qu'ils ont plusieurs sources de financement. On retrouve aussi dans cette section des organismes dont la mission globale relève d'un autre ministère. Ces organismes sont financés en « entente de service » seulement.

Les annexes

Annexe 1

L'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2006



Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de la Régie régionale :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- de répartir équitablement les ressources mises à sa disposition;
- d'assurer une organisation des services favorisant l'accessibilité et la continuité;

Considérant la mission de la Régie régionale :

> « La Régie régionale a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins; conformément à la loi, la Régie régionale vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires »;

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources;

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Note : Il s'agit du code d'éthique adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, le 8 mai 2002. Lorsque vous lisez « Régie régionale » veuillez comprendre « Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ».

Devoirs et obligations

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de la Régie régionale de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de la Régie régionale et de la population de la région de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

- Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de la Régie régionale, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

- Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

- Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers la Régie régionale et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

- Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

- Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

- Tout administrateur autre que le président-directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- Le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

- L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

- L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

- Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

- L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

- L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Intégrité

- L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

- À défaut par le président ou le vice président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

- Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

- La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus,
  - du nombre de cas traités et de leur suivi,
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées,
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
www.santeestrie.qc.ca/agence